UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1913. — N° 2

NOTES
SUR
TROIS ÉPIDÉMIES DE ROUGEOLE
AVEC ACCIDENTS
BRONCHO-PNEUMONIQUES GRAVES
ayant sévi exclusivement dans un quartier populeux d'Oran
(Les Bas Quartiers)

EXCELLENTS RÉSULTATS DU TRAITEMENT
PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ABCÈS DE FIXATION
(Méthode de FOCHIER.)

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le *1913*

Par L. ARDOUIN
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX D'ANGERS
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX D'ORLÉANS ET D'ORAN
Né le 22 Juin 1886 à Brest (Finistère)

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale. — Président.
SOULIÉ, professeur de pathologie générale et microbiologie . . . . . } Juges.
CRESPIN, professeur d'hygiène et médecine légale. } Juges.
VIGUIER, chargé des fonctions d'agrégé . . . . . } Juges.

Oran. — Imp. D. HEINTZ et FILS, boulevard Malakoff, 18 et 20.

NOTES

SUR

TROIS ÉPIDÉMIES DE ROUGEOLE

AVEC ACCIDENTS

BRONCHO-PNEUMONIQUES GRAVES

ayant sévi exclusivement dans un quartier populeux d'Oran
(Les Bas Quartiers)

EXCELLENTS RÉSULTATS DU TRAITEMENT

PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ABCÈS DE FIXATION

(Méthode de FOCHIER.)

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1913. — N° 2

NOTES
SUR
TROIS ÉPIDÉMIES DE ROUGEOLE
AVEC ACCIDENTS
BRONCHO-PNEUMONIQUES GRAVES
ayant sévi exclusivement dans un quartier populeux d'Oran
(Les Bas Quartiers)

EXCELLENTS RÉSULTATS DU TRAITEMENT
PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ABCÈS DE FIXATION
(Méthode de FOCHIER.)

ACAD.
LABORAT.
BIBL.

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le *1913*

Par L. ARDOUIN
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX D'ANGERS
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX D'ORLÉANS ET D'ORAN
Né le 22 Juin 1886 à Brest (Finistère)

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale.	Président.
SOULIÉ, professeur de pathologie générale et microbiologie	Juges.
CRESPIN, professeur d'hygiène et médecine légale.	
VIGUIER, chargé des fonctions d'agrégé	

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Oran. — Imp. D. HEINTZ et FILS, boulevard Malakoff, 18 et 20.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen . . . . . MM. CURTILLET (✻, I. ❦).
Assesseur . . . . . VINCENT (I. ❦).

PROFESSEURS

Anatomie . . . . . MM. WEBER (I. ❦).
Anatomie pathologique et histologie . . . . . POUJOL (I. ❦).
Physiologie . . . . . REY (✻, I. ❦).
Clinique médicale . . . . . ARDIN-DELTEIL (I. ❦).
Clinique chirurgicale . . . . . VINCENT (I. ❦).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées . . . . . BRAULT (✻, I. ❦).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie . . . . . CURTILLET (✻, I. ❦).
Clinique obstétricale . . . . . ROUVIER (✻, I. ❦).
Clinique ophtalmologique . . . . CANGE (A. ❦).
Chimie médicale et toxicologie . . MALOSSE (I. ❦, ❀).
Physique médicale et biologique. GUILLEMIN (✻, I. ❦).
Pharmacie . . . . . BATTANDIER (I. ❦).
Matière médicale et thérapeutique. HÉRAIL (I. ❦).
Histoire naturelle médicale et parasitologie . . . . . TRABUT (✻, I. ❦, O. ❀).
Pathologie générale, microbiologie . . . . . SOULIÉ (I. ❦).
Hygiène et médecine légale . . . CRESPIN (I. ❦).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologigue . . . . . M. SAMBUC (I. ❦).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie et physiologie . . . . MM. LEBLANC (A. ❦).
Pathologie et clinique internes. GILLOT (A. ❦).
Pathologie et clinique externes et clinique obstétricale . . . . . E. CABANES (A. ❦). FUSTER.
Chimie et physique . . . . . MALOSSE (A. ❦).
Pharmacie et matière médicale . MUSSO.
Section de médecine générale. . RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine . . . . . VIGUIER.
Section d'anatomie . . . . . ARGAUD (A. ❦).

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de ma profonde reconnaissance

A MES SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

A MON PREMIER MAITRE EN MÉDECINE

LE DOCTEUR PAUL BOUQUET

Médecin de la Maternité de Brest
Directeur du Cours départemental d'accouchement

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLLE

Médecin à l'Hôpital civil d'Oran

AUX PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX D'ANGERS, D'ORLÉANS ET D'ORAN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL

Au seuil de notre doctorat en médecine, c'est pour nous un devoir d'adresser à tous nos Maîtres les remerciements sans contrainte d'un élève reconnaissant, à ceux qui ont guidé nos premiers pas hésitants dans l'art si délicat de la Médecine, comme à ceux qui hier encore nous prodiguaient leurs savants enseignements et leurs sages conseils.

A Angers, nos remerciements vont à MM. les Docteurs Monprofit, Brin et Kauffman, dont nous avons été l'externe.

A Orléans, à MM. les Docteurs Deshayes et Coville, dont nous avons été l'interne.

A Oran, à ceux des Docteurs qui nous ont toujours fait preuve de bienveillance et qui ont souvent été pour nous des camarades.

Nos remerciements vont aux Docteurs Bréjeat, Solal, de Vésian, dont nous avons été l'interne, ainsi qu'à MM. les Docteurs Glatard, Gaudibert, Jouty, Parienté, Jasseron, qui nous ont toujours bien reçu dans leur service.

Nous ne saurions trop exprimer notre reconnaissance à M. le Docteur Molle qui, non content de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, s'est généreusement mis à contribution pour faciliter notre tâche.

Nous remercions aussi les Dames Trinitaires qui ont été pour nous de vraies amies, ce qui est très rare en ce monde.

Quant à M. le Professeur Ardin-Delteil, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous lui exprimons ici l'expression de toute notre gratitude.

Quant à nos camarades d'internat, que nous allons quitter non sans chagrin, nous les prions d'agréer l'expression de nos meilleurs sentiments de camaraderie.

INTRODUCTION

Ce travail nous a été inspiré par M. le Docteur Molle, médecin de l'Hôpital civil d'Oran ; ce praticien, dont nous nous honorons d'avoir été l'élève de trop courts instants dans son service hospitalier, a eu la grande obligeance de nous fournir la plupart des indications d'ordre épidémiologique et ethnographique que nous invoquons au cours de ce travail. Il a bien voulu, en outre, mettre à notre entière disposition son carnet d'observations quotidiennes se rapportant aux épidémies qui feront l'objet de notre description.

Cette thèse, ainsi que l'indique d'ailleurs son titre, pourra donc se subdiviser en deux parties principales.

La première sera consacrée à l'exposé des circonstances qui ont accompagné les épidémies relatées, circonstances permettant d'expliquer soit leur gravité relative, soit leur localisation particulière dans les quartiers incriminés. Il nous sera permis, bien entendu, de tirer de cet exposé toutes conclusions nous autorisant à envisager la nécessité de mesures prophylactiques pour l'avenir.

La seconde partie comportera exclusivement une question thérapeutique, relativement récente, à savoir le traitement de la broncho-pneumonie rubéolique par l'abcès de fixation, ou « Méthode de Fochier ». M. le Docteur Molle s'est trouvé, en effet, dans des conditions pour ainsi dire uniques pour étudier ce mode de traitement dans ce foyer remarquable d'épidémie ; il a pu intervenir sur quelques rares sujets, et alors qu'autour d'eux les décès s'accumulaient ; il a pu lutter avec succès contre cette redoutable complication de la rougeole.

Nous insisterons d'ailleurs, au cours de ce travail, sur les conditions si particulières qui s'observent dans ces milieux populaires de la Ville d'Oran : les familles indigentes se refusent, en effet, de façon absolue, à hospitaliser leurs enfants au cours des affections aiguës. Il ne s'agit donc pas d'une de ces épidémies se déroulant dans le milieu nosocomial et qui ont été plus spécialement décrites par les auteurs classiques, mais bien d'une épidémie évoluant dans le milieu familial et ayant ses causes de contage fort différentes de celles qui appartiennent à la catégorie précédente.

On sait d'ailleurs que ces formidables épidémies de broncho-pneumonie morbilleuse qui, au siècle dernier, atteignaient jusqu'à 90 % des enfants hospitalisés [1], ont à peu près disparu devant les procédés d'isolement actuellement en usage ; il est reconnu, en outre, que dans la clientèle urbaine, la mortalité de la rougeole ne dépasse jamais de 3 à 5 %. Parmi les épidémies que nous allons relater, l'une d'elles présente une toute autre gravité. Ce sont ces caractères d'originalité, autant que l'étude des remarquables résultats obtenus par la Méthode de Fochier, qui nous ont engagé à faire de ce sujet, l'objet de notre thèse inaugurale.

CHAPITRE Ier

Considération d'ordre ethnographique et épidémiologique, concernant les épidémies de broncho-pneumonie rubéolique ayant sévi en 1909 (janvier, février, mars) — 1911 (mars, avril) — 1912 (novembre, décembre), dans les bas quartiers d'Oran.

Dans ce premier chapitre, il ne sera traité, ainsi que nous venons de le dire, que des questions d'ordre purement épidémiologiques. Nous exposerons, tout d'abord, les territoires géographiques sur lesquels évoluèrent les épidémies qui nous occupent ; on verra quelle importance nous semble devoir être attachée aux conditions très particulières où se trouvent, au point de vue climatérique, les bas quartiers d'Oran, conditions fort différentes, malgré leur proximité, de celles des parties de la ville plus haut situées.

Nous décrirons ensuite chaque épidémie, citant des chiffres, localisant les foyers plus spécialement atteints.

Enfin, dans un troisième paragraphe, nous rappellerons certaines idées émises depuis longtemps par M. le docteur Molle, et destinées dans sa pensée à éviter le retour périodique de ces véritables hécatombes d'enfants.

Nous avons fait appel, pour ces différentes recherches, à l'extrême obligeance de M. le Docteur Gasser, maire d'Oran.

Notre confrère a bien voulu mettre à notre entière disposition les archives de l'état civil et celles du Bureau d'hygiène et de salubrité publique de la Ville

d'Oran, dirigées avec tant de compétence et de distinction par M. le Docteur Lallemand.

---

§ 1er. — Données géographiques concernant les bas quartiers d'Oran

La Ville d'Oran a subi, depuis ces dernières années, des transformations considérables ; pour satisfaire aux besoins d'une population sans cesse croissante, elle a du émigrer, pour ainsi dire, et chercher une nouvelle assiette, en des lieux relativement éloignés de son emplacement primitif. Les phénomènes économiques qui ont entraîné pareil exode sont, d'ailleurs, de date toute récente, et c'est sous les yeux de la génération actuelle que s'est accompli ce remarquable remaniement.

Il est vrai que la disposition des lieux où s'éleva le vieil Oran, avec ses véritables falaises, ses ravins profonds, justifie jusqu'à un certain point cette émigration ; aussi bien, est-il nécessaire d'entrer dans quelques détails, tant au point de vue géographique qu'au point de vue de la nature géologique du sol occupé par la cité primitive.

A l'origine, le choix de l'emplacement d'Oran a été dicté vraisemblablement par les considérations suivantes : facilité d'accès entre la côte et l'intérieur des terres, et existence d'un hâvre offrant un abri naturel suffisant aux quelques barques qui assuraient, à ces époques lointaines, le maigre trafic de cette partie de l'Afrique.

Au point de vue de la facilité d'accès avec l'intérieur, la situation d'Oran est privilégiée ; en effet, alors que la presque totalité du littoral algérien est bordée par une chaîne montagneuse dont les contreforts se dressant en falaises escarpées, élèvent une sorte de barrière entre la mer et les territoires continentaux, cette partie de la côte, au contraire, voit les hauteurs

s'abaisser brusquement et converger vers une sorte de dépression, laquelle est l'aboutissant naturel d'une vaste plaine s'ouvrant largement sur les régions fertiles du Tell.

Les deux tronçons de cette coupure sont : au Nord-Est, le massif des montagnes de la région d'Arzew dont le sommet le plus occidental, le Djebel-Khan (Montagne des Lions), dresse sa silhouette caractéristique a près de 600 au-dessus de la plaine ; et à l'Ouest, les escarpements du Djebel Murdjadjo qui interrompent brutalement la monotonie de la campagne oranaise ; c'est précisément au pied de ces contreforts, dans la brusque dénivellation qui soulève « le plateau du Marabout » à 450 mètres au-dessus des flots méditerranéens, que le vieil Oran s'est bloti.

Certes, ce pointement inattendu des stratifications verticales qui forment l'ossature du Murdjadjo abrite merveilleusement des vents du Sud-Ouest, le hâvre, berceau primitif du grand port de l'Afrique occidentale. Cette surrection des roches secondaires (trias et lias) du sein des dépôts tertiaires (miocène et pliocène) formant le substratum de la plaine, a pour ainsi dire arraché des profondeurs du sol les eaux abondantes de la source Raz-el-Aïn, providence de la cité naissante ; mais à côté de ces avantages incontestables, dûs au voisinage de la montagne familière, pourquoi faut-il que nous signalions aussi de cruels méfaits.

Le Murdjadjo, en effet, pendant les trois ou quatre mois de la saison hivernale, projette son ombre sur le vieil Oran avec une hâte des plus malencontreuses ; à partir d'une heure de l'après-midi, on peut dire que le soleil a disparu de l'horizon pour les habitants de cette partie de la ville. Et comme, ainsi que nous le verrons, ces vieux quartiers présentent des voies étroites ; comme il n'existe, au sein de ces agglomérations populeuses, aucune place publique où le soleil puisse pénétrer librement pendant les courts instants où il n'est pas encore masqué par la montagne voisine, il s'ensuit

tout naturellement que le sol des rues et ruelles, que la plupart des logements qui y prennent jour, ne reçoivent pas leur part normale des rayons solaires.

Qui ne connaît aujourd'hui l'action stérilisante de la lumière? Les rayons ultra violets du spectre solaire sont parmi les agents bactéricides les plus actifs et aussi les plus économiques qui soient ; or, il faut le reconnaître, à ce point de vue, les malheureux habitants des bas quartiers d'Oran sont particulièrement mal partagés, et l'on a toute raison de soutenir que c'est à cette insuffisance d'insolation pendant les mois d'hiver, qu'est due la gravité si remarquable des épidémies que nous allons relater.

Il est vrai qu'on pourrait invoquer l'absence complète d'hygiène observée parmi les populations qui composent ces agglomérations. Il s'agit là, en effet, presque exclusivement d'ouvriers du port et de pêcheurs, travailleurs à salaires minimes et chargés de nombreuses familles ; au point de vue ethnique, ces pauvres gens sont d'origine espagnole, la plupart immigrés de fraîche date, et provenant des provinces agricoles de leur pays natal ; ils sont le plus souvent de constitution robuste et résistent remarquablement au climat ; d'autre part, leur frugalité les met à l'abri de la misère véritable et il ne peut être question d'individus débilités par les excès ou les privations.

Mais, dans divers autres quartiers de l'agglomération oranaise, dans les faubourgs notamment, on observe, dans les milieux également d'origine espagnole, les mêmes mœurs primitives et dépourvues de tout soucis d'hygiène et de propreté : les enfants grouillent sur la voie publique, les conditions d'existence sont sensiblement les mêmes, et pourtant il est avéré qu'on n'assiste jamais à des épidémies analogues à celle des bas quartiers, ces derniers ayant le triste privilège de présenter au cours de la plupart des manifestations épidémiques une courbe de morbidité et de mortalité supérieure à celle de tous les autres.

Nous sommes donc obligés d'invoquer l'insuffisance de l'insolation, dont le voisinage immédiat de la montagne est seul responsable.

Convaincus de cette réalité, nous ne voyons à cette situation lamentable qu'un seul remède, c'est celui de fournir à la population ouvrière des bas quartiers des espaces découverts, des squares, des placettes où le soleil puisse pénétrer, où les enfants puissent trouver pour prendre leurs ébats un sol moins septique que celui des ruelles infectes totalement privées de soleil. Nous nous réservons d'ailleurs de revenir sur cette importante question au cours des lignes qui vont suivre.

---

§ 2. — Description des épidémies

a) Épidémie de janvier-février-mars 1909

Cette épidémie fut particulièrement grave et la mortalité atteignit dans ces quartiers déshérités des proportions extrêmes relativement à celle des autres quartiers d'Oran.

Nous avons pensé, tout d'abord, que la façon la plus simple de procéder à cette description était de reproduire, en un tableau d'ensemble, la liste des décès par broncho-pneumonie rubéolique relevés sur les tables de mortalité de l'état civil au cours de cette période ; quand le lecteur aura sous les yeux cette vue d'ensemble, il nous sera très facile d'en tirer tous les renseignements utiles.

Il est bon, toutefois, de faire remarquer que les noms figurant sur cette liste funèbre appartiennent presque exclusivement à des enfants de la classe indigente. Nous avons déjà observé que les parents de ces malheureux se refusent obstinément à les faire hospitaliser ; il n'est pas douteux que ce préjugé ait contribué pour une grande part à aggraver la situation.

Nous sommes certains que l'hospitalisation méthodique de ces petits malades eût eu les meilleurs

résultats ; mais il s'agit là d'un état d'esprit contre lequel on ne peut même pas songer à lutter, de telle sorte que le médecin municipal du quartier, en l'occurrence, notre estimable confrère M. le Docteur Courcelle, était littéralement débordé.

M. le Docteur Molle étant un des rares praticiens qui exercent leur ministère dans les bas quartiers (en 1909, trois médecins seulement résidaient dans la basse ville, ce sont MM. les Docteurs Courcelle, Ruelle de Sourouvre et Molle), a donc forcément été appelé dans ces milieux misérables et c'est au cours de sa pratique quotidienne qu'il a recueilli les principaux éléments qui nous ont servi pour ce travail.

La liste que nous reproduisons est donc, ainsi que nous l'avons dit, tirée du registre des déclarations de décès à la Mairie d'Oran au cours des mois de janvier, février et mars 1909.

Dans une première colonne figure la date du décès ; dans une seconde, le nom de l'enfant ; dans une troisième, son âge ; dans une quatrième, son adresse exacte munie de la désignation de l'arrondissement du domicile. Il est bon de noter que les bas quartiers constituent la plus importante fraction du 1er arrondissement ; cette mention particulière permettra donc de se rendre compte immédiatement de l'énorme disproportion entre les décès constatés dans le 1er arrondissement et ceux constatés dans les quatre autres arrondissements.

Une dernière colonne est destinée à relater le nom du praticien qui a déclaré le décès et fait le diagnostic de broncho-pneumonie rubéolique. Toutefois, nous ne signalerons nominativement que M. le Docteur Molle et le Médecin municipal du 1er arrondissement, cette façon de procéder devant faciliter notre travail de statistique ainsi qu'on le verra.

Nous ferons remarquer, enfin, que les adresses ne sont reproduites exactement que lorsqu'il s'agit de décès ayant eu lieu dans les bas quartiers.

Tableau des décès par brancho-pneumonie rubéolique constatés à Oran pendant les mois de janvier, février et mars, année 1909

DATE	NOMS	AGE	ADRESSE	Arrond^{ts}	MÉDECIN
			Mois de janvier		
18	M... Y,.	15 mois	Rue Ménerville, n° 7	1er	Médecin mun^{al}
20	M... P..	10 mois	Rue Marengo, n° 1	—	—
24	C... M..	16 mois	. . . . .	4^{e}	D^{r} X...
25	P... C.-P.	2 ans	Rue de Barcelone, n° 10	1er	—
26	O... G,.	1 an	Rue de Milianah, n° 2	—	Médecin mun^{al}
—	D... F. .	32 mois	Rue de la Vieille Casbah, n° 3	—	—
28	La T... A.	18 mois	Rue du Chameau, n° 3	—	D^{r} Molle
—	G... F. .	1 an	Rue de Narbonne, n° 5	—	—
—	G... M..	28 mois	Rue d'Orléans, n° 51	—	—
—	L... F. .	9 mois	. . . . .	3^{e}	D^{r} X...
			Mois de février		
1	N... J. .	2 mois	Rue de Rivoli, n° 8	1er	Médecin mun^{al}
—	L. G... P.	17 mois	Rue d'Orléans, n° 52	—	D^{r} Molle
2	G... M..	7 mois	Rue de Rome, n° 8	—	D^{r} X...
—	P... M.-E.	3 ans 1/2	Rue de Barcelone, n° 4	—	D^{r} Molle
—	B... C. .	16 mois	Rue Weimbrenner, n° 4	—	—
3	G... P. .	7 mois	Rue Sédiman, n° 4	—	Médecin mun^{al}
4	G... M..	3 ans	. . . . .	3^{e}	D^{r} X...
—	M... M.	16 mois	Rue de Barcelone, n° 6	1er	Médecin mun^{al}
—	F... D. .	3 ans	Rue de Rivoli, n° 6	—	—
—	F... A. .	5 ans	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	D^{r} Molle
—	R... F. .	19 mois	. . . . .	3^{e}	D^{r} X...
5	B... E. .	18 mois	. . . . .	—	—
6	P... F. .	4 ans	Rue de Barcelone, n° 10	1er	Médecin mun^{al}
—	L... C. .	9 mois	Rue de la Fontaine, n° 6	—	—
7	M... P..	2 mois	Rue de Narbonne, n° 3	—	—
—	P... A. .	1 an	Rue de Lodi, n° 12	—	—
—	L... M..	3 ans	. . . . .	3^{e}	D^{r} X...
9	A... J. .	13 mois	. . . . .	2^{e}	—
10	A... J. .	2 ans	Rue de l'Olivier, n° 7	1er	Médecin mun^{al}
—	R... A..	2 ans	Rue Léone, n° 7	—	D^{r} Molle
12	R... J. .	16 mois	Rue de la Montagne (Patio Sotano)	—	Médecin mun^{al}
—	G... M..	16 mois	Rue de l'Arsenal, n° 48	—	—
13	R... M..	14 mois	Rue de Médine, n° 10	—	—

DATE	NOMS	AGE	ADRESSE	Arrond.ts	MÉDECIN
14	P... P. .	4 ans	Rue de Tiaret, n° 4	1er	Dr Molle
15	C... F. .	3 ans	Rue de Dresde, n° 4	—	Médecin munal
—	A... R. .	1 an	Rue d'Orléans, n° 22	—	Dr Molle
—	O... A. .	17 mois	Rue Pontéba, n° 5	—	Médecin munal
—	S... H. .	13 mois	Rue Tagliamento, n° 10	—	—
16	S... F. .	3 ans	Rue du Vieux Château, n° 5	—	—
17	C... A. .	18 mois	Rue de Malaga, n° 5	—	—
—	G... A. .	13 m. 1/2	Rue de Malaga, n° 5	—	—
18	R... M..	17 mois	. . . . .	2e	Dr X...
—	M... O..	18 mois	Rue de Rivoli, n° 3	1er	Dr Molle
—	F... M..	2 ans	Rue Léone, n° 12	—	Médecin munal
19	A... P. .	9 mois	Caserne des Douanes	—	Dr X...
20	B... A. .	6 ans	Rue de la Fontaine, n° 6	—	Médecin munal
21	L... G. .	15 mois	Rue de Médine, n° 9	—	Dr Molle
—	E... A. .	15 mois	Rue de l'Arsenal, n° 66	—	—
—	F... J.-B.	14 mois	Rue de l'Arsenal, n° 40	—	Médecin munal
22	C... M,.	2 ans 1/2	Rue d'Orléans, n° 29	—	—
—	B... A. .	7 ans 1/2	Rue de Médine, n° 9	—	—
—	R... A. .	3 ans	Rue de Médine, n° 10	—	—
—	M... F.-L.	7 mois	Rue de Médine, n° 14	—	—
24	R... J. .	3 ans	. . . . .	2e	Dr X...
—	S... G. .	10 mois	Rue de Barcelone, n° 14	1er	Dr Molle
—	A... A. .	14 mois	Boulevard Oudinot, n° 21	—	Dr X...
25	M... L. .	11 mois	Rue de Rivoli, n° 6	—	Médecin munal
—	B... P. .	4 ans	Rue de l'Olivier, n° 7	—	Dr X...
26	C... J. .	2 ans 1/2	Rue de Rivoli, n° 8	—	Médecin munal
28	M... J. .	7 mois	Rue Tagliamento, n° 9	—	—
—	S... G. .	2 ans	Rue Bassano, n° 6	—	Dr X...
			Mois de mars		
1	A... M..	16 mois	. . . . .	4e	Dr X. .
—	C... A. .	14 mois	Rue de l'Atlas, n° 3	1er	Médecin munal
—	T... J. .	2 mois	Rue Desaix, n° 4	—	—
—	V... C. .	1 an	Place Isabelle	—	—
—	G... M.-R.	17 mois	Rue du Chameau, n° 3	—	Dr Molle
3	A... . .	15 mois	Rue Thuillier, n° 6	—	Médecin munal
—	C... P. .	27 mois	Rue de Lodi, n° 13	—	Dr X...
—	S... A, .	1 an 1/2	Rue de la Douane, n° 6	—	—
4	T... J. .	3 ans	Rue du Jardin Welsford	—	Médecin munal

Ainsi, si l'on s'en réfère au tableau ci-dessus et qui, nous le répétons, renferme tous les cas de morts déclarés comme étant dus à la broncho-pneumonie rubéolique, il est décédé dans l'agglomération oranaise, du 18 janvier au 4 mars 1909, c'est-à-dire en l'espace de 43 jours environ, 70 enfants des suites de cette redoutable complication. Et sur ces 70 enfants, 60 appartenaient aux bas quartiers et 10 seulement au reste de la ville.

Pour bien se rendre compte de l'énorme disproportion de ces chiffres, il faut savoir qu'au dernier recensement quinquennal, sur un nombre de 123,086 âmes qui représentaient la population totale de la ville, 15,896 seulement habitaient les bas quartiers.

Il est bon de rappeler aussi que la moyenne de la natalité, au cours des années 1906, 1907, 1908, a été de 3,850 naissances par an pour la totalité de la ville et de 550 naissances seulement pour le 1er arrondissement.

Enfin, durant ces dernières années 1906, 1907 et 1908, la moyenne de la mortalité générale infantile entre 6 mois et 5 ans, durant les mois de janvier et février, a été de 10 décès par mois environ pour le 1er arrondissement, tandis qu'elle atteignait 37 décès par mois pour les six autres arrondissements réunis.

Ces chiffres se passent de commentaire.

Il aurait été intéressant de pouvoir déterminer la proportion entre la mortalité et la morbidité rubéolique au cours de cette épidémie, mais cette donnée ne peut reposer sur aucun document officiel.

En 1909, en effet, la déclaration de la rougeole ne constituait pas une obligation légale pour le praticien ; d'autre part, le Bureau municipal d'hygiène et de salubrité publique n'avait pas été doté du personnel et des ressources dont il dispose depuis le décret du 16 mai 1911.

Toutefois, grâce aux documents personnels que M. le Docteur Molle a bien voulu mettre sous nos yeux, peut-être sera-t-il possible d'établir approximativement

cette proportion, tout au moins pour les bas quartiers. Ce praticien a noté, en effet, du 15 janvier au 15 mars, exactement 61 cas de rougeole observés par lui dans le 1er arrondissement ; or, si nous nous reportons au tableau précédent, nous trouvons que notre confrère a déclaré à lui seul 15 décès par broncho-pneumonie rubéolique : la proportion entre la morbidité et la mortalité, tout au moins pour cette clientèle particulière, serait donc de $\frac{61}{15}$, soit environ 25 %, chiffre très supérieur, nous l'avons vu, à la mortalité urbaine habituelle. Il faut bien observer, toutefois, que cette proportion est beaucoup trop élevée, car il est vraisemblable que de très nombreux cas ne furent pas soumis au contrôle médical ; mais, d'autre part, nous verrons que M. le Docteur Molle pratiqua, sur 12 enfants de sa clientèle très gravement atteints, des injections de térébenthine et qu'il serait autorisé à attribuer à cette thérapeutique l'heureuse issue de leur affection. De toutes ces considérations, il résulte bien qu'il s'est agi en la circonstance d'une épidémie particulièrement grave à mortalité exceptionnelle.

Une autre particularité intéressante se dégage en parcourant les adresses des enfants décédés et signalés sur le tableau de mortalité que nous venons de reproduire. Nous voyons, en effet, que ces décès se sont groupés en deux foyers principaux que nous allons successivement décrire

Le premier comprend le vieil Oran proprement dit ou quartier de la « Blanca » : on y trouve de vieux immeubles datant de l'occupation espagnole, c'est-à-dire ayant plus de 200 ans d'existence.

La plupart des rues sont fort étroites et les rayons solaires n'en atteignent pas le sol durant les mois d'hiver ; la population y est très dense, et l'on peut y voir de nombreux groupes d'enfants très mal tenus qui se roulent dans la boue.

Le tableau qui suit donne la liste de ces rues ; nous avons groupé pour chaque rue le nombre des décès

observés, en même temps que le numéro de l'immeuble est spécifié. Cette façon de procéder nous permettra de faire ressortir l'insalubrité plus particulière de certaines ruelles et de quelques immeubles qui s'y trouvent.

Tableau des rues appartenant au quartier de la « Blanca », premier foyer épidémique

NOMS DES RUES	NUMÉROS DES IMMEUBLES	TOTAL DES CAS
Rue de Rivoli	N^{os} 8, 8, 6, 6, 3	5
Rue de Médine.	N^{os} 10, 10, 9, 9, 14	5
Rue de Narbonne	N^{os} 5, 3	2
Rue Tagliamento	N^{os} 9, 10	2
Rue Ménerville	N° 7	1
Rue de la Vieille Casbah.	N° 3	1
Rue de Rome	N° 8	1
Rue Marengo	N° 1	1
Rue Bassano.	N° 6	1
Rue Sédiman	N° 8	1
Rue de Dresde.	N° 4	1
Rue Pontéba.	N° 5	1
Rue Thuillier	N° 3	1
Rue du Vieux Château .	N° 5	1
Boulevard Oudinot. . .	N° 21	1
Rue Desaix	N° 4	1
		26

Nous voyons ainsi que la rue de Rivoli a compté cinq décès : or, cette ruelle n'est composée que de quatre ou cinq maisons à usage d'habitation, mais elle est particulièrement étroite et sale.

La rue de Médine est un peu plus importante, quant au nombre de ses immeubles, mais elle est au moins aussi étroite ; son orientation Nord-Sud la prive totalement de lumière solaire ; elle a compté également

cinq décès. Notons que dans les deux rues que nous venons de citer, quatre maisons à elles seules se partagent huit décès. Nous ne saurions trop insister, enfin, sur ce fait que tout ce groupement de ruelles est accolé sur le flanc Nord de la colline escarpée que couronne la vieille citadelle espagnole de la Casbah ; à partir d'une heure du soir, le soleil est totalement masqué, soit par la colline elle-même, soit par les hautes murailles de l'antique forteresse ; et comme, ainsi que nous venons de le dire, pendant le reste de la journée, l'étroitesse des rues interdit à la lumière solaire d'en irriguer le sol ; il n'est pas douteux que l'insolation, soit de la chaussée, soit des habitations, y soit réduite au minimum.

Il en est de même pour le deuxième groupe, représenté par le tableau ci-dessous :

Tableau des rues appartenant au quartier de la Calère, deuxième foyer épidémique

NOMS DES RUES	NUMÉROS DES IMMEUBLES	TOTAL DES CAS
Rue de Barcelone . . .	N^{os} 10, 10, 4, 6, 14	5
Rue d'Orléans	N^{os} 22, 29, 51, 52	4
Rue de l'Arsenal. . . .	N^{os} 40, 48, 66	3
Rue du Chameau . . .	N^{os} 3, 3	2
Rue de la Montagne . .	Patio Solano, Patio Solano	2
Rue de la Fontaine. . .	N^{os} 6, 6	2
Rue de Lodi.	N^{os} 12, 13	2
Rue de l'Olivier	N^{os} 7, 7	2
Rue Léone	N^{os} 7, 12	2
Rue de Malaga	N^{os} 5, 5	2
Rue de la Douane . . .	Caserne de la Douane, n° 6	2
Rue de Milianah. . . .	N° 2	1
Rue Weimbrenner. . .	N° 4	1
Rue de Tiaret	N° 4	1
Rue de l'Atlas	N° 3	1
Place Isabelle	N° 1	1
Rue du Jardin Welsfort.	N° 1	1
		34

Ce quartier dit « de la Calère » est situé directement au pied de la montagne de Santa-Cruz et sur son versant Nord-Est, ce qui implique la disparition des rayons solaires à partir d'une heure du soir environ, pendant les mois d'hivers. On trouve là également des ruelles très étroites et particulièrement sales ; la rue de Barcelone comporte une vingtaine d'immeubles, la plupart mal entretenus, et élevés en moyenne de deux étages ; la population y est très dense ; là aussi on peut voir des groupes d'enfants en bas âge s'ébattre littéralement dans l'ordure du matin au soir.

La présence de ces jeunes enfants jouant dans ces ruelles infectes et non ensoleillées a particulièrement frappé M. le Docteur Molle, et, comme nous le verrons plus loin, ce praticien considère qu'il ne faut pas aller chercher ailleurs d'autre explication à la dissémination rapide et à la gravité des épidémies observées ; s'il n'est guère possible, pour le moment, de modifier les habitudes invétérées, d'incurie et de malpropreté de ces pauvres gens, au moins devrait-on fournir à cette population enfantine qui grouille dans les poussières et dans les boues septiques de ces rues, des surfaces ensoleillées, sous forme de places, où de squares, là, du moins, les rayons solaires seraient susceptibles de mettre en jeu leur précieuse action stérilisatrice. Or, il est un fait certain, c'est que les mères de famille qui ont élu domicile dans ces quartiers deshérités, n'ont à la disposition de leurs jeunes enfants aucun espace découvert, à l'abri de la circulation des voitures espaces où ces enfants puissent se livrer à leurs jeux sans courir de danger. Alors que dans les différents faubourgs populeux de la cité oranaise, on assiste aux mêmes spectacles d'enfants jouant dans le ruisseau, il est reconnu qu'on n'y observe jamais des épidémies aussi meurtrières Comment expliquer cette différence, sinon par ce fait que ces agglomérations suburbaines sont suffisamment éloignées de la montagne et, par conséquent, subissent du matin au soir l'action bien-

faisante des rayons solaires; qu'en outre, les artères y sont larges et les immeubles à simple rez-de-chaussée !

Nous ne saurions trop le répéter, cette question de l'établissement d'espaces libres et suffisamment ensoleillés mérite toute attention des hygiénistes. M. le Docteur Molle a d'ailleurs eu l'occasion de pousser ce cri d'alarme. Précisément au cours de cette année 1909, alors qu'il exerçait les fonctions modestes de conseiller municipal, il déposa sur le bureau du Conseil une pétition motivée signalant la gravité de l'épidémie à laquelle il venait d'assister. Nous ne pouvons mieux faire que de la reproduire ici-même, car c'est des idées de ce praticien que nous inspirerons ultérieurement pour réclamer les mesures prophylactiques destinées à éviter le retour périodique de pareilles calamités :

« Monsieur le Maire,

» Messieurs et chers Collègues,

» Peut-être avez-vous entendu parler d'une épidémie » très meurtrière de rougeole qui a sévi dans les bas » quartiers de fin janvier au commencement de mars ? » Étant bien placé à cause de mes occupations profes- » sionnelles pour apprécier de tels événements, je » crois de mon devoir de vous donner quelques ren- » seignements sur l'importance de cette épidémie et » d'en tirer, au point de vue de l'hygiène, quelques ren- » seignements.

» Messieurs, en l'espace de 45 jours, il est mort » exactement dans les bas quartiers, 60 enfants des » suites de broncho-pneumonie de la rougeole ! Les » décès se sont cantonnés principalement dans deux » foyers populeux qui sont, d'une part, les rues avoi- » sinant la place de la Perle et, d'autre part, le quartier » dit de la Calère.

» Il est juste de se demander à quelles causes sont » dues les complications redoutables qui ont triste- » ment caractérisé cette épidémie ; tous les auteurs » qui se sont occupés de ces questions ont signalé que

» la broncho-pneumonie de la rougeole s'observe seule-
» ment dans certaines conditions de mauvaise hygiène :
» dans les hôpitaux encombrés par exemple, ou dans
» les milieux où les soins de propreté et d'hygiène ne
» sont pas respectés. C'est ce dernier cas qui est le
» nôtre, car il est bon de remarquer que ces nombreux
» décès sont survenus presque exclusivement dans
» les familles de la classe nécessiteuse.

» Certes, il est fort difficile d'inculquer les éléments
» de la propreté et de l'hygiène à cette intéressante et
» laborieuse population des bas quartiers. Cependant,
» Messieurs, il serait souverainement injuste de rejeter
» sur ces pauvres gens seuls la cause de leurs malheurs.

» Il faut reconnaître, en effet, que l'organisation de la
» voirie dans les rues étroites des bas quartiers laisse
» beaucoup à désirer ; mais, ce qui manque encore le
» plus, ce sont les espaces libres, les places spacieuses
» et ensoleillées où les enfants si nombreux puissent
» prendre leurs ébats et éviter ainsi la souillure des
» ruelles obscures.

» Or, cette lacune pourrait être comblée, d'une part,
» par la disparition sur la place de la Perle de plu-
» sieurs immeubles depuis longtemps frappés d'ali-
» gnement, et, d'autre part, par l'affectation, le cas
» échéant, en totalité ou en partie, des terrains de
» l'Arsenal actuel à l'établissement d'un square.

» Messieurs, avant de tracer des boulevards somp-
» tueux, avant même de construire des écoles, vous
» penserez comme moi, qu'il est bon de veiller à ce
» que la population infantile de notre cité ne soit pas
» périodiquement décimée par des épidémies meur-
» trières, et vous vous associerez, je l'espère, au vœu
» que je viens de formuler. »

Épidémie de mars-avril 1911

Cette épidémie n'a pas présenté la même gravité que celle que nous venons de relater, tant au point de vue

de la morbidité que de la mortalité, tout au moins pour les bas quartiers. Cette différence est-elle due à ce que l'apparition de la rougeole eut lieu plus tardivement dans le courant de mars, et que le mois d'avril présente déjà, au point de vue de l'insolation de ces quartiers, une durée et une intensité très supérieures à celle des mois de janvier et février ? Nous serions fort porté à le croire, et cette particularité confirmerait les idées émises par M. le Docteur Molle, comme on a pu le voir plus haut. Quoi qu'il en soit, voici le relevé des décès par broncho-pneumonie rubéolique, tel que nous le trouvons au Bureau municipal d'hygiène :

Tableau des décès par broncho-pneumonie rubéolique constatés à Oran en mars et avril 1911

DATE	NOMS	AGE	ADRESSE	Arrond^{t}	MÉDECIN
			Mois de mars		
6	G... F.	6 ans	Rue de Lodi, n° 12	1er	Médecin mun^{al}
24	H... C.	6 ans	Rue de l'Olivier, n° 7	—	—
—	L... A.	3 ans	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	D^{r} Molle
—	T... L.	2 ans	. . . . .	3^{e}	D^{r} X...
—	M... F.	3 ans	Rue Weimbrenner, n° 6	1er	Médecin mun^{al}
—	S... F.	3 ans	Rue Weimbrenner, n° 6	—	D^{r} Molle
—	B... H.	15 mois	Rue Léone, n° 10	—	Médecin mun^{al}
25	N... J.	13 mois	. . . . .	4^{e}	D^{r} X...
—	G... J.	3 ans	. . . . .	—	—
—	A... . .	1 an	. . . . .	—	—
27	P... J.	16 mois	Rue Weimbrenner, n° 6	1er	D^{r} Molle
29	B... C.	20 mois	Rue de la Fontaine, n° 4	—	—
—	B... A.	25 mois	. . . . .	3^{e}	D^{r} X...
			Mois d'avril		
1	P... A.	26 mois	Rue de la Montagne (Patio Solano)	1er	Médecin mun^{al}
—	J... R.	4 mois	Rue Weimbrenner, n° 6	—	—
4	F... M.	16 mois	Rue Charles-Quint, n° 16	—	D^{r} X...
—	B... M.	2 ans	. . . . .	4^{e}	Hôpital
—	L... F.	18 mois	. . . . .	3^{e}	D^{r} X...
—	V... F.	10 mois	Rue de la Fontaine, n° 6	1er	Médecin mun^{al}
—	H... M.	7 ans	Rue de Madrid, n° 4	—	—

La lecture de ce tableau nous permet tout d'abord de constater que la disproportion entre les cas de broncho-pneumonie constatés dans le 1er arrondissement et ceux des quatre autres arrondissements est moins forte que dans l'épidémie de 1909. Nous voyons, en effet, que sur vingt cas mortels de broncho-pneumonie rubéolique, sept ont été relevés dans les hauts quartiers et treize dans les bas quartiers ; il y a certainement une forte exagération en faveur de ces quartiers déshérités, mais beaucoup moins marquée que précédemment.

Au point de vue du rapport entre la morbidité et la mortalité rubéolique, il nous sera possible, cette fois, de faire appel à quelques documents ayant un caractère officiel. Le nouveau Bureau municipal d'hygiène commençait, en effet, à fonctionner et quelques praticiens ont bien voulu faire des déclarations de rougeole ; il est fort probable qu'il s'agissait là d'une forte minorité, car l'obligation légale toute récente de la déclaration de cette affection contagieuse n'était pas encore rentrée dans les mœurs médicales. Quoi qu'il en soit, voici les chiffres que nous avons pu relever sur les registres du Bureau municipal d'hygiène, en ce qui concerne la morbidité générale de la rougeole durant le mois de mars et avril 1911.

Le tableau ci-dessous donne ces chiffres répartis par arrondissements :

Tableau des cas de rougeole déclarés au bureau municipal d'hygiène en mars-avril 1911 répartis par arrondissements

	1er Arrondt	2e Arrondt	3e Arrondt	4e Arrondt	5e Arrondt
	53	4	12	34	6
Totaux. .	53	56			

Ainsi, nous voyons 53 cas de rougeole déclarés pour le 1er arrondissement, alors que pour les quatre autres

le total ne s'élève qu'à 56 cas ; les bas quartiers maintiennent donc leur triste privilège.

En ce qui concerne le groupement de ces différents cas en foyers locaux sur le territoire des bas quartiers, il nous sera possible de subdiviser ces foyers en deux principales agglomérations qui correspondent à celles que nous avons décrites précédemment ; à savoir l'agglomération de la « Blanca » et celle de la « Calère ».

Les tableaux qui vont suivre nous permettront de figurer cette distribution, tant au point de vue de la morbidité que de la mortalité.

Tableau de distribution de la morbidité et de la mortalité rubéolique dans le quartier de la « Blanca »

NOMS DES RUES	MORBIDITÉ RUBÉOLIQUE	MORTALITÉ	TOTAUX
Rue Ménerville	1		
Rue Edgard Weber . .	1		
Rue de Rivoli	1		
Rue Bassano	1		
Rue d'Alger	1		
Rue de la Préfecture. .	1		
Rue de Rome	3	(N° 4)	16 cas dont un décès
Rue Pontéba	1		
Rue de Madrid	1		
Rue de Ténez	1		
Rue de Narbonne . . .	1		
Ravin Raz-el-Aïn . . .	1		
Rue de Dresde.	1		
Place Honscoot	1		
TOTAUX. . . .	16	1	

Tableau de la distribution de la mortalité et de la morbidité rubéolique dans le quartier de la « Calère »

NOMS DES RUES	MORBIDITÉ RUBÉOLIQUE	MORTALITÉ avec désignation des immeubles	TOTAUX
Rue Charles-Quint .	3	N° 15	
Rue de Lodi	1	N° 2	
Rue d'Orléans . . .	5		
Rue Léone	2	N° 10	
Place Isabelle. . . .	2		
Rue de l'Olivier. . .	2	N° 3	40 cas
Rue de la Montagne.	4	Patio Solano, Patio Solano	dont
Rue Weimbrenner .	5	N^{os} 6, 6, 6, 6	12 décès
Rue de Barcelone. .	5		
Rue de l'Arsenal . .	4		
Rue de Pologne. . .	3		
Rue de la Fontaine .	2	N^{os} 4, 6	
Rue de Tiaret. . . .	2		
TOTAUX. . . .	40	12	

La lecture de ces tableaux nous permet de relever plusieurs particularités intéressantes.

Tout d'abord, nous voyons que le groupement de la « Blanca » a été moins rudement touché que lors de l'épidémie précédente ; on note, en effet, un seul décès sur seize cas déclarés.

Quant au groupement de la « Calère », c'est lui qui a fait les frais de la mortalité ; il y a eu effectivement douze décès sur quarante cas déclarés, soit une mortalité approximative de 30 %.

La rue Weimbrenner, dont l'immeuble portant le n° 6 présente quatre cas de décès, est une simple ruelle n'ayant que trois ou quatre maisons à usage d'habita-

tion. Le n° 6 est un taudis infect où gîtent de nombreuses familles chargées d'enfants ; inutile d'ajouter que cet immeuble est totalement à l'abri des rayons solaires pendant les mois d'hiver.

La rue de la Fontaine se trouve sur le prolongement de la rue précédente ; elle est aussi étroite et peu ensoleillée.

c) Épidémie de novembre-décembre 1912

Les matériaux de ce travail étaient réunis, la rédaction en était à peu près terminée, lorsque, comme pour venir confirmer les prévisions que nous émettions, une nouvelle épidémie de broncho-pneumonie rubéolique est survenue dans ces malheureux quartiers ; nous reproduisons les éléments qui sont entre nos mains à la date du 10 janvier 1913. A ce moment, l'épidémie n'était pas totalement éteinte, mais elle était en forte décroissance.

Voici tout d'abord le relevé des décès par broncho-pneumonie rubéolique déclarés à Oran au cours du mois de novembre et décembre 1912 :

Tableau des décès par broncho-pneumonie rubéolique constatés à Oran pendant les mois de novembre et décembre 1912

DATE	NOMS	AGE	ADRESSE	Arrondissements	NOM DU MÉDECIN déclarant
			Mois de novembre		
12	R . T. .	10 mois	Rue du Vieux Château, n° 3	1er	Médecin munal
—	N... L. .	21 m. 1/2	. . . . .	2e	Dr X...
23	B... M. .	7 mois	. . . . .	—	—
25	R... R. .	2 ans 1/2	. . . . .	1er	Médecin munal
			Mois de décembre		
8	P... M. .	2 ans 1/2	Rue de Médine, n° 14	1er	Dr Molle
13	M...M.-D.	25 mois	Rue de Dresde, n° 12	—	Médecin munal
—	Z... A. .	26 mois	Rue du Jardin Welsford	—	—
—	M... J.-A.	2 ans	Rue de Dresde, n° 12	—	—
15	C... L. .	22 mois	Rue d'Orléans, n° 24	—	Dr Molle
—	P... J, .	3 ans	Rue Honscoot, n° 3	—	Médecin munal
16	M...M.-D.	3 ans 1/2	Rue de l'Arsenal, n° 4	—	—
17	M... A..	18 mois	Rue Joinville, n° 3	—	Dr Molle
—	G... A. .	2 ans 1/2	Rue de l'Arsenal, n° 26	—	Médecin munal
18	M... J. .	2 ans 1/2	Rue Ménerville, n° 9	—	Dr Molle
20	L... M. .	21 mois	Rue de Lisbonne, n° 3	—	—
28	G... G, .	2 ans 1/2	Rue de Ténez, n° 38	—	Médecin munal
29	R... J.-P.	9 mois	. . . . .	2e	Dr X...
—	Q... I. .	19 mois	Rue d'Orléans, n° 14	1er	Médecin munal

De la lecture de ce tableau, il résulte donc que du 12 novembre au 29 décembre il est décédé à Oran dix-huit enfants de complication broncho-pulmonaire de la rougeole, dont quinze appartenaient à l'agglomération des bas quartiers ; comme on le voit, ces décès se sont produits presque exclusivement dans les foyers que nous avons décrits précédemment.

Au point de vue de la morbidité, il nous a été possible de relever un grand nombre de cas de rougeole dans le 1er arrondissement, grâce à l'extrême obligeance

de M. le Docteur Courcelle, médecin municipal, et aussi aux relevés que M. le Docteur Molle a soigneusement classés de tous les cas de rougeole qui se sont présentés à lui pendant la période incrimininée.

Dans ces conditions, voici les chiffres que nous avons recueillis :

Tableau des cas de rougeole recueillis en novembre et décembre 1912, tant au Bureau municipal d'hygiène, qu'à l'aide d'enquêtes personnelles.

	1er ARRONDISSEMENT		Les 4 autres arrondissements réunis
	Statistique de M. le Docteur Courcelle	Statistique de M. le Docteur Molle	
Nombre de cas. .	59	47	12
Totaux. .	106		12

Nous sommes prêts à reconnaître que ces résultats appellent un correctif et ne correspondent pas à une situation réelle ; il est fort possible que l'épidémie des hauts quartiers ayant été des plus bénignes, les déclarations de rougeole ont été négligées par le corps médical, alors que dans le 1er arrondissement elles ont été relevées avec un soin relatif.

Malgré cela, il est bien certain que, suivant la coutume, la morbidité rubéolique des bas quartiers fut infiniment supérieure à celle du reste de la ville. En ce qui concerne le groupement de ces différents cas en foyers locaux, nous pouvons présenter, comme dans l'épidémie précédente, les deux tableaux suivants :

Tableau de la distribution de la morbidité et de la mortalité rubéolique dans le quartier de la « Blanca »

NOMS DES RUES	MORBIDITÉ RUBÉOLIQUE	MORTALITÉ	TOTAUX
Rue Ménerville	3	(N° 9) 1	
Rue de Rivoli	1		
Rue Bassano.	2		
Rue Pontéba.	3		
Rues de Narbonne et de Lisbonne.	6	(N° 3) 1	
Ravin Raz-el-Aïn . . .	8	(Maison Garcia) 1	
Rue de Dresde.	2	(N^{os} 12, 12) 2	
Rue Honscoot	1	(N° 3) 1	
Rue de Saïda	2		60 cas dont 9 décès
Rue de l'Église	3		
Boulevard Oudinot. . .	1		
Rue Montebello	1		
Rue de Médine.	11	(N° 14) 1	
Rue du Vieux Château.	3	(N° 3) 1	
Boulevard Malakoff . .	6		
Rue Morris	1		
Rue Marengo	1		
Rue de la Vieille Casbah.	2		
Rues de Ténez et Turin.	3	(N° 38) 1	
TOTAUX. . . .	60	9	

Tableau de distribution de la morbidité et de la mortalité rubéolique dans le groupement du quartier de la « Calère »

NOMS DES RUES	MORBIDITÉ RUBÉOLIQUE	MORTALITÉ	TOTAUX
Rue de Lodi.	2		
Rue d'Orléans.	10	(N^{os} 24, 14) 2	
Rue Léone.	6		
Rue de l'Olivier	1		
Rue de la Montagne . .	3		46 cas dont 6 décès
Rue de Barcelone . . .	7		
Rue de l'Arsenal. . . .	11	(N^{os} 4, 26) 2	
Rue de Pologne	1		
Rue Sainte-Marie . . .	1		
Rue de Joinville	3	(N° 3) 1	
Rue du Jardin Welsford.	1	(Maison Latreyte) 1	
TOTAUX. . . .	46	6	

Nous n'insisterons pas davantage après l'exposé de ces chiffres ; ils démontrent bien que la morbidité rubéolique est fonction de l'étroitesse des rues et de l'insuffisance de l'insolation. Comme nous l'avons dit d'autre part, il n'existe dans ces parages aucun espace découvert qui soit à l'abri du roulage intensif dû au voisinage du port, et sur lequel les enfants puissent être abandonnés, sans danger, à leurs ébats. Cette pénurie de places publiques est d'ailleurs la caractéristique de tous ces quartiers populeux, et nous nous réservons d'insister encore sur cette question importante dans le paragraphe qui va suivre.

§ 3. — **Mesures prophylactiques à prendre pour éviter le retour d'épidémies analogues à celles qui viennent d'être signalées.**

Il paraît superflu de rappeler le rôle primordial joué par les rayons solaires dans l'assainissement des immeubles et la destruction des différents germes morbides que les agglomérations humaines disseminent autour d'elles.

Il est prouvé aujourd'hui que cette action salutaire est le fait des rayons ultra-violet du spectre solaire, et nous ne pouvons insister ici sur les nombreuses applications qui, soit dans le domaine de l'hygiène générale, soit dans celui de la thérapeutique, découlent de ces remarquables propriétés.

Depuis ces dernières années, tant en France qu'à l'Étranger, les hygiénistes ont su utiliser ces données maintenant bien connues. Faut-il rappeler les résultats si remarquables obtenus en Angleterre, sur le terrain de la fièvre typhoïde, de la tuberculose pulmonaire ?

Depuis l'année 1876, où un bill voté par les Chambres anglaises consacra *plusieurs milliards* à un programme d'expropriation et de démolition des vieux immeubles, avec création de voies larges et d'espaces aérés et découverts, dans les centres urbains, la mortalité par tuberculose pulmonaire ne cesse de décroître et à l'heure actuelle elle a diminué de plus des deux tiers.

C'est dans cet ordre d'idées, en effet, que l'hygiéniste doit chercher les moyens de lutter efficacement contre les maladies épidémiques auxquelles sont exposées les agglomérations humaines.

Nous avons, au cours des paragraphes précédents, insisté à plusieurs reprises sur les conditions si particulières où se trouvent les bas quartiers d'Oran, au point de vue de l'insuffisance de l'insolation. On pourrait croire que dans les pays à climat chaud, comme

celui de l'Algérie, on doive plutôt rechercher l'ombre ; il n'en est rien, en réalité, et l'on ne saurait trop insister sur la nécessité de distribuer largement les rayons solaires dans les centres urbains.

A ce propos, nous ne pouvons manquer de signaler la pratique anti-hygiénique qui consiste, de la part des Municipalités ou Administrations quelconques, à créer des plantations d'arbres à feuilles persistantes à proximité des immeubles habités ; il faut le répéter, pendant cinq mois de l'année au moins, l'habitation algérienne a besoin de soleil ; l'humidité atmosphérique qui règne dans la région du littoral doit encore faire exagérer cette précaution, le désagrément d'une insolation abondante pendant les mois d'été est largement compensé par l'assainissement du logis. Aussi, malgré les considérations de tout ordre, tant au point de vue de la conservation de la couleur locale, qu'à celui du souci d'un bien-être mal entendu, devraient être proscrites de nos promenades et boulevards, les essences à feuilles persistantes, telles que gommiers, palmiers, ficus, etc., etc., et au contraire on devrait recourir aux espèces arborescentes à feuilles caduques, telles que platanes, ormeaux, bella-ombra, etc., etc.

De cette façon, les promeneurs seraient abrités des rayons solaires pendant la période estivale et, en même temps, la salubrité des immeubles serait assurée pendant les mois d'hiver.

Mais, nous ne pouvons insister plus longtemps sur ce sujet : pour en revenir à l'assainissement des bas quartiers, il nous semble que des résultats appréciables pourraient être obtenus sans recourir à des bouleversements coûteux et pratiquement irréalisables ; les mesures à prendre devraient être de deux sortes :

Une première consisterait à établir une surveillance plus étroite de certains immeubles. Nous avons vu que quelques maisons se sont signalées au cours de ces épidémies par leur mortalité exagérée ; une pareille

situation devrait commander des mesures de répression sévères. On comprendra d'ailleurs qu'il nous est difficile de nous étendre plus longtemps sur ce sujet.

Une seconde mesure consisterait en la création d'espaces découverts à proximité des principaux groupements de ruelles, espaces où les mères de famille puissent conduire leurs enfants, sans qu'ils courent le danger d'être écrasés. Sur ces places où le soleil pénètrerait à flots, aux heures où la montagne voisine ne projette pas encore son ombre sur ce coin de la cité ; sur ces places, disons-nous, les enfants bénéficieraient de l'heureuse influence de l'insolation : tout d'abord leurs hardes subiraient une sorte de désinfection, et d'autre part, les poussières et les boues dont ils se souillent à l'envie, étant exposées un temps suffisant aux rayons solaires, présenteraient à coup sûr une virulence atténuée.

Il suffit d'avoir parcouru une fois ces quartiers populaires pour apprécier l'origine de cette septicité des boues et poussières ; les matières fécales s'y étalent avec une abondance déconcertante ; l'enfant s'exonère presque exclusivement à la rue, et l'adulte, s'il y met plus de formes, ne craint pas de manifester sa prédilection pour la méthode de défécation en plein air. Qu'y a-t-il de surprenant, dans ces conditions, que le sol des rues et ruelles jamais ensoleillé pendant de longs mois, ne soit constitué par de particules éminemment septiques ; or, pour qui connaît les habitudes de négligence et de malpropreté de ces malheureuses populations, l'enfant une fois souillé, risque fort de conserver indéfinitivement sur les mains, le visage et le vêtement, ces substances boueuses ou pulvérulentes où la matière fécale entre pour une bonne part.

M. le Docteur Molle a relaté dans une intéressante communication qui date de ces dernières années [2], une épidémie de fièvre typhoïde qui évolua, presque exclusivement chez des enfants, dans ces mêmes quartiers. Pour notre confrère, l'immunité des adultes

s'expliquerait par le mécanisme particulier de la contagion dans ces circonstances : il s'agissait là d'une épidémie par contagion fécale directe et, si les enfants seuls étaient touchés, c'est qu'ils étaient souillés par les poussières septiques qu'ils recueillaient dans les rues et dont ils restaient longtemps imprégnés, par suite d'une absence absolue d'hygiène et de propreté.

Ainsi, nous nous trouvons en présence d'une situation bien nette : d'une part, inertie absolue d'une population primitive qui s'obstine dans ses pratiques de négligence et d'incurie et, d'autre part, milieu éminemment propice à l'exaltation des germes septiques. Quel est le devoir le plus urgent de l'hygiéniste, sinon de modifier ce milieu en favorisant l'entrée de l'air et de la lumière au sein de ces agglomérations ?

Nous en revenons, comme on le voit, aux idées émises par M. le Docteur Molle quand il présenta au Conseil municipal, dans le courant de l'année 1909, la pétition que nous avons reproduite. Nous ne pouvons moins faire que d'emprunter à ce texte les deux propositions qui l'accompagnaient, propositions qui semblent pouvoir être réalisées à bien peu de frais.

Notre confrère signalait donc deux endroits où il serait possible d'établir facilement une place ensoleillée, chaque place devant desservir l'un des deux groupements constituant les foyers épidémiques de 1909.

La première, qui correspondrait au groupement de la « Blanca », serait aménagée au lieu dit « Place de la Perle » ou « de l'Hôpital ».

La seconde, qui correspondrait au second foyer, celui de la « Calère », occuperait en totalité ou en partie les terrains qui composent à l'heure actuelle l'Arsenal « de la Marine » et sis entre l'extrémité Ouest des rues d'Orléans et de l'Arsenal.

La place de la Perle ou de l'Hôpital, à cause du voisinage de l'Hôpital militaire, est une sorte de quadrilatère irrégulier de 50 mètres de côté environ ; telle qu'elle

est, cette petite place semblerait pouvoir être emménagée pour servir de lieu de récréation aux enfants du quartier. Malheureusement, étant donnée sa situation au croisement de six rues différentes, dont quelques-unes assez passagères et suivies par une partie du charroi du port, il a été impossible d'y créer des terre-pleins protégés par des trottoirs, la totalité de sa surface est donc laissée libre aux voitures, et dans ces conditions les petits enfants ne peuvent y être abandonnés sans surveillance.

Une première modification peu coûteuse permettrait, sinon d'augmenter cette surface dans de notables proportions, tout au moins d'en isoler une bonne partie à l'abri de la circulation de la voirie ; il suffirait d'exproprier deux ou trois très vieilles maisons à simple rez-de-chaussée et qui sont situées à l'extrémité Ouest de la place, entre la dite place et l'amorce de la rue de l'Église : ces maisons sont d'ailleurs frappées d'alignement depuis fort longtemps. Cette opération augmenterait la surface de la place de l'Hôpital de près de 400 mc, et il y aurait alors possibilité, nous le répétons, d'aménager des refuges où les enfants seraient en sécurité.

Un autre mode d'extension devrait être également envisagé : il est question du transfert des bâtiments militaires du Campement hors de la Ville ; si ce projet se réalise, nous espérons qu'il se trouvera des esprits suffisamment avertis pour juger que la création d'une place spacieuse dans ce quartier populeux est d'une nécessité absolue.

Il en est de même pour le terrain actuellement occupé par l'Arsenal dit « de la Marine». Il n'existe, dans cette partie du 1er arrondissement, aucune place utilisable pour les enfants ; or, c'est précisément sur l'emplacement de l'Arsenal que convergent la plupart de ces rues si peuplées et si sales de la « Calère » ; une place suffisamment spacieuse qui y serait créée pourrait être largement ensoleillée pendant la première moitié de la

journée durant les mois d'hiver, et il n'est pas douteux que les poussières qu'y récolteraient les enfants appelés à y prendre leurs ébats, ne présenteraient pas les mêmes caractères de virulence que celles des ruelles infectes où, par la force des choses, ils sont confinés à l'heure actuelle.

Il nous revient que dans les projets récemment mis à l'étude pour l'embellissement de la Ville d'Oran, projets dont la mise en œuvre repose en grande partie sur le transfert extra-muros de tous les bâtiments et administrations militaires, avec cession à la Ville des différents terrains actuellement occupés en pleine agglomération urbaine par l'autorité militaire, il nous revient, disons-nous, que le sol de l'Arsenal actuel est destiné à l'installation de magasins et dépôts de marchandises gérés par la Commune. Nous espérons qu'un pareil projet ne se réalisera pas intégralement ; nous voulons croire qu'à ce moment des protestations s'élèveront qui rappelleront à ceux qui voudraient passer outre, les intérêts vitaux de toute une population particulièrement intéressante.

A ce propos, il nous sera permis de répondre à l'avance à certaines objections qui pourraient être présentées. Si ces quartiers, dans leur état actuel, pourrait-on dire, sont, au point de vue de l'hygiène, dans des conditions aussi précaires ; si l'Administration municipale s'obstine à s'en désintéresser, les habitants n'ont qu'à transporter ailleurs leurs pénates et à abandonner ces foyers de contagion.

Voilà qui peut paraître logique ; malheureusement en pratique cette solution n'est même pas applicable. En effet, à côté des intérêts matériels des possesseurs d'immeubles qui, la plupart, sont de petits propriétaires, il faut compter avec cette particularité que l'accès du port d'Oran est strictement limité à cette partie de la ville ; effectivement, si l'on se reporte aux quelques considérations géographiques qui furent exposées au début de ce travail, nous voyons que la

côte de la baie d'Oran est bordée de falaises escarpées, et que c'est exclusivement au niveau de la dépression étroite du ravin Raz-el-Aïn, au pied même de la montagne de Santa-Cruz, que le sol s'abaisse au point de permettre à la fois l'accès facile du port et l'installation d'immeubles à sa proximité. Comment, dans ces conditions, exiger que toute cette masse de travailleurs du port, qui constitue, d'ailleurs, une des fractions les plus précieuses de la population oranaise, comment exiger, disons-nous, que ces travailleurs aillent se loger à de longues distances du siège de leurs occupations ? L'ouvrier du port qui se déciderait à quitter les bas quartiers pour installer sa famille dans les agglomérations ouvrières de la haute ville, serait astreint à faire chaque jour des trajets invraisemblables. Si, pour parcourir les 7 à 8 kilomètres nécessaires, il veut utiliser les tramways existants, c'est une dépense considérable qui va grever lourdement son budget ; si au contraire, il veut faire ce parcours pédestrement, c'est une perte de temps et une fatigue considérables.

La question s'élève donc, comme on le voit, au-dessus d'un simple conflit d'intérêts ; il s'agit de sauvegarder la santé de toute une population particulièrement intéressante. Pour notre compte, nous ne pouvons que nous associer aux efforts déjà tentés par M. le Docteur Molle : nous en appellerons à ceux qui tiennent entre leurs mains les destinées de la Cité et leur répèterons les paroles que notre confrère adressait à ses collègues du Conseil municipal en 1909 :

« Avant de tracer des boulevards somptueux, avant » même de construire des écoles, vous penserez comme » moi, Messieurs, qu'il est bon de veiller à ce que la » population infantile de notre Cité ne soit pas pério- » diquement décimée par des épidémies meurtrières. »

CHAPITRE II

Traitement de la broncho-pneumonie rubéolique par l'abcès de fixation (Méthode de Fochier)

§ 1er. — Considérations générales

DÉFINITION. — HISTORIQUE

On donne le nom « d'abcès de fixation » à des abcès créés artificiellement par l'injection de substances irritantes, et particulièrement de l'essence de térébenthine, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et cela, dans le but de guérir des infections généralisées.

Le premier, comme on le sait, le Professeur Fochier eut l'idée de produire artificiellement des abcès où l'infection, d'abord généralisée, était pour ainsi dire attirée et localisée.

« Dans toute infection pyogène grave, dit-il, lorsqu'il n'y a pas suppuration en voie de formation, lorsqu'il n'y a pas de fixation, ou lorsque la fixation n'est pas en rapport avec la gravité de l'état général, ou lorsque le traitement local a supprimé ou diminué la lésion initiale et que l'état général persiste, ou même peut-être lorsque la fixation est à son début et occupe un point où la suppuration peut présenter des dangers, dans tous ces cas, il faut provoquer la formation artificielle d'abcès à l'aide d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine » [**3**].

Depuis cette époque, les abcès de fixation furent employés systématiquement dans l'infection puerpé-

rale ; les résultats en ont été donnés dans la thèse de Voiturier (Lyon 1909) [4]. Ils ont été préconisés aussi par un certain nombre d'auteurs dans les affections graves de l'appareil broncho-pulmonaire, où, le plus souvent, ils ont donné d'excellents résultats.

En février 1892, M. le Professeur Lépine publiait, dans la *Semaine Médicale*, le premier essai de la méthode de Fochier, dans un cas de pneumonie grave en imminence de suppuration [5].

Quelques jours après l'article de M. Lépine, M. le Professeur Dieulafoy rapporta à la Société médicale des hôpitaux de Paris une observation concernant une pneumonie suppurée guérie par l'abcès de fixation.

Dans le *Lyon Médical* de la même année, M. le Professeur Bard publie un succès semblable dans un cas désespéré et à résolution retardée, et ajoute : « Pour ma part, j'ai observé, dans le cours de l'épidémie de pneumonie si grave de cet hiver, plusieurs cas qui se sont terminés par la mort dans des conditions tout à fait identiques, et le fait que je publie aujourd'hui me laisse le regret de n'avoir pas tenté à cette époque le même moyen » [6].

Nous trouvons encore des observations de pneumonies graves traitées avec succès par les abcès de fixation, publiées par Mossé, dans le *Midi Médical ;* par Olivier de Rouen, dans la *Normandie Médicale,* où il s'agissait d'une pneumonie très grave au huitième jour, avec délire depuis trois jours, et où les injections térébenthinées amenèrent une guérison rapide ; enfin, les trois observations de Revilliod dans la *Revue Médicale de la Suisse romande,* où, d'après cet auteur, les trois malades ont réellement échappé à l'hépatisation grise, grâce à la formation de volumineuses collections purulentes provoquées par ces injections [7], [8].

En 1902, Carles, de Bordeaux, reprend l'étude générale des abcès de fixation et résume les observations de pneumonies et de broncho-pneumonies traitées par cette méthode jusqu'à cette époque [9].

Aux seize cas qu'il avait déjà publiés en 1902 de pneumonies et broncho-pneumonies graves traitées par les abcès de fixation, M. le Professeur Arnozan ajoute, dans la *Province Médicale* de 1905, cinq autres avec deux morts et trois guérisons. Ce qui rend ces résultats particulièrement remarquables, c'est que le traitement par les injections térébenthinées n'avait été institué qu'après l'essai de toutes les médications nouvelles et au moment où l'état des malades était tout à fait désespéré [**10**].

En 1907, paraissent à Lille et à Montpellier les thèses de Durot et Déchaux, qui ajoutent quelques cas personnels à ceux déjà connus [**11**], [**12**].

Enfin, en 1909, à Lyon, le Docteur Detscheff, dans sa thèse « Valeur thérapeutique de l'abcès de fixation dans les maladies broncho-pulmonaires aiguës », faite sur l'invitation et d'après les documents fournis par M. le Professeur Pic, arrive à cette conclusion : le traitement des affections aiguës de l'appareil broncho-pulmonaire par les abcès de fixation chez l'adulte semble devoir être préconisé toutes les fois que la gravité de l'état général le comporte, sans attendre qu'il soit désespéré [**13**].

Toutefois, on s'est demandé longtemps si cette méthode était applicable à l'enfant et était capable, dans les mêmes conditions pathologiques, de donner d'aussi bons résultats que chez l'adulte. M^lle^ Campana et M. Codet-Boisse, de Bordeaux [**14**], affirment que les enfants supportent mal les injections térébenthinées.

Les ayant essayées dans quelques cas de broncho-pneumonie infantile, ils ont établi qu'au-dessous de cinq ans, elles doivent être proscrites. Elles sont alors sans utilité et même deviennent souvent dangereuses, en raison des œdèmes très étendus ou du sphacèle de la peau qu'elles peuvent déterminer.

A l'encontre de cette théorie, Lançon publie dans une thèse récente [**15**] plusieurs observations de broncho-pneumonie chez des enfants au-dessous de

cinq ans traités et guéris par les abcès de fixation ; les conclusions de cet auteur sont les suivantes :

« Dès maintenant, nous pouvons affirmer que les abcès de fixation chez les enfants au-dessous de cinq ans n'ont aucun inconvénient et qu'ils ont une action aussi efficace et aussi rapide que chez l'adulte, sinon plus, pouvu qu'ils soient faits dans certaines conditions ».

Ces idées avaient été soutenues depuis 1905 par Montagnon [**16**], médecin des hôpitaux de Saint-Étienne, qui traite systématiquement par cette méthode, dans son service de l'hôpital de Bellevue, toutes les broncho-pneumonies infantiles qui se présentent.

TECHNIQUE

Le succès de la méthode de Fochier chez l'enfant est commandé en grande partie par les soins que l'on apporte dans la technique de l'abcès de fixation.

Aucune des observations que nous avons prises sur le carnet de M. le Docteur Molle ne mentionne ces complications fâcheuses sur lesquelles les auteurs de Bordeaux ont tant insisté, si bien qu'elles constituaient pour eux une contre indication formelle à la méthode chez les enfants du premier âge.

1° Substances a injecter

Au début, Fochier se servait d'une solution de sulfate de quinine, intentionnellement acidifiée. C'est, du reste, en voulant injecter de la quinine à un malade, injection qui provoqua un abcès et amena la guérison que le professeur lyonnais eut l'idée de sa méthode.

On utilisa tour à tour le nitrate d'argent, l'acide phénique, le sublimé. On s'en tint finalement à l'es-

sence de térébenthine qui parut le meilleur de tous les agents.

« Dans les maladies infectieuses avec ou sans localisation, mais capables de se généraliser et de devenir pyogènes, il faut provoquer un abcès artificiel par l'injection sous-cutanée d'un liquide irritant. L'essence de térébenthine épaissie par vieillissement et son oxygénation est ce qu'il y a de mieux. » (Fochier).

Chez l'enfant, on se tient à ce précepte qui, somme toute, est le résultat d'une longue expérience. Carles, de Bordeaux, soutient au contraire que l'essence de térébenthine trop ancienne est irritante pour les tissus et qu'il faut en prendre de préparation récente, si l'on ne veut s'exposer aux accidents de sphacèle et de gangrène de la peau.

Dans tous les cas que nous rapportons, l'essence de térébenthine employée fut l'essence de térébenthine ordinaire du commerce, mais de préférence vieille, conservée dans des flacons et exposée aux rayons solaires.

Sa stérilisation est parfaitement inutile : elle aurait d'ailleurs l'inconvénient de rendre la méthode térébenthinée d'un emploi plus compliqué, alors qu'un des avantages importants de ce mode de traitement résulte de sa simplicité même.

2° Quantité a injecter

Ici les opinions varient : Montagnon emploie 1/3 de centimètre cube jusqu'à l'âge de 12 mois et 1/2 centimètre cube de 1 à 5 ans. Et, dit-il, il n'y a aucune surprise à redouter, à la condition, toutefois, de ne pas dépasser ces doses qu'on peut répéter suivant le besoin sans jamais les augmenter.

M. le Docteur Espenel [**17**], au contraire, a injecté chaque fois, à tous ses petits malades, 1^{cc} de térébenthine et n'a eu, cependant, aucune complication de gangrène à déplorer.

Nous verrons, par la suite, que M. le Docteur Molle s'en est tenu généralement aux doses indiquées par Montagnon.

3° Lieu d'injection

Les auteurs ont attaché une très grande importance au lieu où doit se faire l'injection. Le tissu cellulaire sous-cutané est seul qualifié pour recevoir dans ses mailles la substance injectée. Intra-musculaire, l'injection provoquerait de graves accidents, vastes décollements, lésions nerveuses, fusées purulentes à distance.

De même, il faut éviter que l'aiguille ne pique le derme ; la peau ainsi atteinte s'ulcèrerait très vite et présenterait rapidement une eschare étendue, très lente à se cicatriser. Mais quelle région du corps à choisir pour faire l'injection ?

M. le Docteur Molle, comme nous le verrons, a constamment pratiqué des injections sur la face externe de l'une où l'autre cuisse au 1/3 moyen ; il a choisi, en outre, le côté droit où le côté gauche suivant le siège de la localisation pulmonaire ; et il a été guidé, pour agir de la sorte, par des considérations théoriques très personnelles sur lesquelles nous ne pouvons d'ailleurs insister ici.

4° Manuel opératoire

Quant à l'injection proprement dite, elle se pratique comme toute injection sous-cutanée. Après l'asespie de la région, lavage à l'alcool-éther, la peau est saisie entre le pouce et l'index et, dans ce repli ainsi formé, on introduit d'un seul coup l'aiguille.

Après s'être bien assuré qu'elle est exactement dans le tissu cellulaire, on pousse lentement l'essence de térébenthine. L'aiguille retirée, on ferme l'orifice avec un peu de coton imbibé de collodion.

Comme chez l'adulte, la réaction inflammatoire

s'accuse dès le lendemain, mais n'est bien nette qu'au bout de 48 heures ; la plupart des auteurs admettent que c'est vers le sixième ou le septième jour, en moyenne, que la collection est parfaitement constituée ; nous verrons, en reproduisant nos observations, qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'en particulier pour la broncho-pneumonie-rubéolique, la formation de la collective purulente peut être beaucoup plus tardive.

5° Traitement de l'abcès

Chez l'enfant, la conduite à tenir est la même que celle enseignée par Fochier chez l'adulte.

Il faut inciser l'abcès le plus tard possible ; de la sorte, l'action fixative est conservée plus longtemps. D'autre part, il peut arriver que l'abcès se résorbe seul, l'abstention de l'incision permet d'éviter de la sorte l'infection toujours possible d'une poche pleine de pus, le plus souvent aseptique.

Si l'abcès tend à s'ouvrir spontanément, il est préférable de l'inciser, mais il faut avoir soin de faire une incision toute petite, de donner un simple coup de pointe.

En effet, l'ouverture spontanée ne va pas sans inconvénients. La peau décollée sur une assez large étendue se sphacèle, il en résulte une assez large ulcération qui met plus longtemps à guérir que l'incision du bistouri. De plus, l'infection de la poche a, de ce fait, beaucoup moins de chances de se produire.

Si on incise l'abcès (l'asespsie la plus minutieuse doit procéder à l'ouverture de ces abcès), toujours dans le but de provoquer le moins de délabrement possible, on aura soin de ne pas rechercher le point déclive, mais l'endroit où la peau amincie laisse deviner la présence du pus. On aura soin de bien exprimer l'abcès, de le vider le plus possible. On sent, très souvent, des morceaux sphacélés à l'intérieur de la poche ; il convient, par des mouvements de maxalation,

de les faire sortir, car ils entretiennent la suppuration et favorisent le décollement de la peau.

Toutes les précautions indiquées dans ce chapitre ont été prises chez les petits malades dont nous publions les observations, et il ne s'est produit aucun accident, aucune complication cutanée ; nous pouvons donc nous associer aux conclusions de Montagnon et de Lancon et affirmer, à l'encontre de Mlle Campana et M. Codet-Boisse, que chez les enfants au-dessous de 5 ans, il n'est pas dangereux de faire des injections hypodermiques de térébenthine ; que chez eux, malgré la minceur de la peau, la délicatesse des tissus, la gangrène et le sphacèle sont une rareté et ne doivent pas avoir lieu, si l'on a soin de prendre les précautions signalées dans ces pages.

6° Mode d'action de l'abcès de fixation

Depuis longtemps les thérapeutes avaient pressenti le rôle de la pyogènèse artificielle et Fochier ne fit que reprendre, sous une forme plus active et plus moderne, la méthode du séton, chère à nos pères.

C'est au niveau de l'ulcère ainsi créé que les impuretés du sang, « acretés » et autres « humeurs peccantes », étaient attirées pour être expulsées hors de l'organisme. C'est là, exprimée sous une forme empirique, la théorie de la fixation que devait défendre plus tard le Maître lyonnais.

Actuellement, le principe de la méthode n'est plus guère contesté ; par contre, le mode d'action de l'abcès de fixation a donné lieu à de nombreuses controverses. L'action de la suppuration provoquée semble, en effet, relever de causes très complexes et, sans aucun doute, les différentes théories ont le tort d'être trop exclusives.

Une grande loi de pathologie générale est à la base de la méthode. Les germes en circulation dans le sang

se fixent de préférence au niveau des points faibles ou primitivement lésés.

Les exemples en sont nombreux et probants.

En outre, la clinique nous montre qu'une infection généralisée se trouve parfois soudainement atténuée quand il se produit une suppuration localisée ! L'abcès artificiel constituerait donc un lieu de moindre résistance, où les germes infectieux viendraient se localiser. Le grand reproche qu'on a autrefois adressé à cette théorie, c'est que, si réellement l'abcès fixait des germes, on devrait les retrouver dans le pus. Or, disait-on, celui-ci est toujours stérile. Nous savons aujourd'hui qu'il n'en est rien : et même la stérilité du pus serait-elle prouvée, il ne s'agirait là que d'une dérogation purement apparente à la loi générale qui prouverait seulement le pouvoir antiseptique intense de la térébenthine.

Pour ce qui est des abcès dus à l'injection de liquides irritants, mais non antiseptiques, tout le monde est à près d'accord : on retrouve dans le pus les mêmes germes que dans le sang infecté. Dans le cas des abcès térébenthinés, la recherche est plus délicate, et c'est sans doute cette difficulté qui avait enduit en erreur beaucoup d'auteurs. Cependant, un examen minutieux permet de retrouver des microbes dans le pus, alors même que les ensemencements seraient restés négatifs.

S. Arloings, le premier, chez une malade de Fochier, isola le streptocoque dans l'abcès. Chez une autre malade atteinte de lymphangite diffuse et traitée par la méthode térébenthinée, on retrouva des staphylocoques dans le foyer infecté et dans le pus térébenthiné. Dans deux cas, Carles, de Bordeaux, a trouvé des bacilles d'Eberth vivants, au milieu de l'abcès. Enfin, Lesieur, de Lyon, dans un cas de fièvre typhoïde a pu, lui aussi, isoler des bacilles d'Eberth virulents.

Les expériences du professeur La Torre ne font que confirmer ces données. Il inocule des lapins avec des cultures charbonneuses et il les traite ensuite par des

injections de térébenthine. Il retrouve dans le pus et l'œdème de l'abcès, des bactéridies en bien plus grand nombre que dans le sang des sujets.

D'après MM. Arnozan et Carles, il n'y aurait pas seulement que les microbes qui viendraient se précipiter vers l'abcès ; celui-ci serait aussi le lieu d'élimination d'une foule de poisons et de toxines dont l'organisme se débarrasse.

Cette action n'est pas douteuse ; des observations nombreuses le prouvent. Chez les animaux intoxiqués par l'arsenic, le blomb, le bismuth et traités par des abcès de fixation, le professeur Arnozan et, après lui, Carles, ont constamment trouvé dans le pus des quantités de toxique bien plus grandes que dans le sang des viscères. Carles a pu observer pareille fixation des saturnins et dans un cas d'empoisonnement par le sublimé. Les poisons trouveraient donc, au niveau de l'abcès, une voie d'élimination très importante.

Une expérience de Conor met bien en évidence cette toxicité du pus. En ayant injecté un cobaye, il vit celui-ci rapidement périr avec des phénomènes infectieux.

Mais si l'élimination par l'abcès des microbes et des toxines ne fait place à aucun doute, bien plus obscur est le mécanisme de cette élimination.

Ce seraient les globules blancs qui seraient les charroyeurs de toutes ces substances toxiques. On connait, en effet, le rôle important que jouent les globules blancs dans toute infection. En outre, l'appel d'un grand nombre d'entre eux au foyer de suppuration réaliserait une véritable saignée leucocytaire et détournerait ainsi, dans une région peu dangereuse, cet afflux leucocytaire qui pourrait être nocif par ailleurs.

On pourrait donc concevoir qu'un grand nombre de leucocytes, mis en liberté à la suite de la formation de l'abcès, viendraient à bout de détruire les agents infectieux.

Malheureusement, Chantemesse et Maire, auteurs de la théorie de la leucocytose, ne trouvèrent pas

l'hyperleucocytose attendue. Bien mieux, on a constaté chez les malades une diminution des globules blancs à la suite des injections térébenthinées. Après Chantemesse, de nombreux auteurs ont repris l'étude de la question. De leurs travaux, on ne peut rien conclure, leurs résultats étant contradictoires. Jusqu'à présent, rien ne prouve que l'abcès de fixation ait une influence sur le nombre des globules blancs.

Peut-on penser, si le nombre des leucocytes ne paraît pas influencé, à une modification de leur qualité? La Torre admet que les globules blancs détruits dans les foyers térébenthinés donneraient naissance à des substances d'un pouvoir bactéricide important. C'est ce qui semble résulter de ses expériences. Ayant inoculé à des lapins une même quantité de culture charbonneuse, il injecta à un certain nombre d'entre eux des quantités variables de térébenthine. Il constata que le sérum de lapin atteint de charbon a un pouvoir bactéricide plus grand qu'à l'état normal, mais que le sérum des animaux traités, en outre, par les injections térébenthinées, a un pouvoir bactéricide bien supérieur à celui des lapins témoins.

Déjà, en 1897, Isidoro Pujador y Faura était arrivé à des conclusions analogues et pensait que la médication térébenthinée pouvait modifier le métabolisme microbien en activant la leucocytose sanguine.

Isidoro Pujador a obtenu des succès en traitant des malades par la térébenthine à l'intérieur, ce qui laisserait supposer que l'efficacité de l'abcès est due en partie à l'absorption de la térébenthine. Tel est, du reste, l'avis du professeur Fabre. On sait, en effet, que la térébenthine prise par la bouche est recommandée depuis longtemps contre les infections, et, récemment, le professeur Fabre a obtenu des résultats très satisfaisants de l'injection de sérum térébenthiné. D'autre part, souvent l'amélioration précède la pyogenèse.

On peut objecter cependant que l'absorption de la térébenthine par la méthode de Fochier est minime et

pas du tout comparable à celle qui résulte de l'injection de térébenthine ou de l'usage de sérum térébenthiné.

D'autre part, les cas où l'amélioration précède l'abcédation sont fort rares, et il est tout naturel de penser qu'il s'agit, en pareil cas, d'une simple coïncidence entre la médication et l'amélioration de l'état général. Bien mieux que l'action antiseptique générale de l'essence de térébenthine, la réaction locale joue donc un rôle important. L'intensité même de cette réaction permet d'augurer une terminaison favorable, et Fochier déjà avait affirmé que, non seulement les abcès de fixation avaient une action thérapeutique, mais qu'encore ils servaient au pronostic.

Reste donc à savoir pourquoi cette réaction de bon augure ne se produit pas toujours et pourquoi devient-elle bien franche quand l'état général se relève. Il semble logique d'admettre que chez des malades surmenés le système nerveux épuisé ne peut plus sentir le coup de fouet énergique que cause cette révulsion. C'est ce que des expériences viennent prouver. Cl. Bernard ayant coupé le sciatique chez un animal, vit que l'excitation par un corps étranger de la région anesthésiée est à peine suivie de réaction. En 1870, Desplat, de Lille, applique deux vésicatoires : l'un sur un membre sain, l'autre sur un membre anesthésié. Sur le membre anesthésié, la douleur et la réaction inflammatoire furent peu marquées ; sur le membre sain, au contraire, l'action du topique se traduisit par une vésication intense.

On sait, d'autre part, que l'absence de suppuration localisée, soit naturelle, soit provoquée dans une infection généralisée, est considérée comme d'un pronostic très sombre.

On comprend donc que chez des sujets divers, dans des maladies qui déprimment si fortement le système nerveux, l'égalité devant la réaction n'existe pas.

Ce sont là des notions que le médecin ne devra

jamais oublier. Tout à fait au début de la maladie, alors que l'organisme lutte encore et que le système nerveux n'est pas encore épuisé, la méthode de Fochier est évidemment indiquée. Peut-être cependant vaudrait-il mieux se borner à stimuler par les moyens ordinaires un organisme qui se défend encore bien. C'est au moment critique, où celui-ci menace de défaillir et où le système nerveux commence à s'épuiser, que la formation de l'abcès imprimera une nouvelle vigueur à l'organisme et lui permettra de compléter sa victoire contre l'infection qui l'assaille. Il serait, par contre, désastreux d'attendre, pour appliquer la méthode de Fochier, que le malade soit incapable de lutter.

C'est pourquoi il serait injuste de mettre sur le compte de la médication térébenthinée tous les cas d'insuccès. Les malades de Reuder et de Mossi étaient déjà dans le collapsus au moment où la méthode fut appliquée. On s'explique facilement les insuccès de Chantemesse dans les broncho-pneumonies des vieillards, si on se rapelle la faible résistance de l'organisme de ces malades.

Par cette étude qui n'a pas, du reste, la prétention d'être originale, on voit que l'action de l'abcès de fixation relève de causes fort complexes. Il agit vraisemblablement par fixation des microbes et de leurs toxines, par action substitutive. Peut-être agit-il aussi par l'action antiseptique générale de la térébenthine ou en excitant la phagocytose. Il est très probable, et c'est ce que des études ultérieures montreront sans doute, qu'il modifie le sérum sanguin en favorisant la formation d'antitoxines.

Il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit là d'un procédé thérapeutique excellent et dont l'action bienfaisante ne saurait être niée aujourd'hui.

§ 2. — Étude clinique

Nous nous contenterons dans ce paragraphe de mettre à jour les notes qu'a bien voulu nous confier M. le Docteur Molle ; ces notes se réfèrent aux trois épidémies qui ont été décrites dans le premier chapitre de ce travail, chaque épidémie devant faire l'objet d'un exposé séparé.

a) Épidémie de janvier-février-mars 1909

Il nous a paru tout d'abord intéressant de présenter dans un tableau d'ensemble la statistique totale des cas de broncho-pneumonie rubéolique observés par M. le Docteur Molle, y compris ceux qui se terminèrent par décès et qui ont déjà paru dans le tableau général des décès reproduit dans le chapitre précédent. Ces divers cas seront énumérés dans l'ordre chronologique où ils furent observés, mais nous signalerons après chaque malade le mode de traitement qui fut suivi, puis la terminaison par guérison ou mort :

Tableau de tous les cas de broncho-pneumonie rubéolique observés par M. le Dr Mol au cours de l'épidémie de 1909

DATE	NOMS	AGE	ADRESSE	TRAITEMENT	TERMINAISON
			Janvier		
28	L... A. .	18 mois	Rue du Chameau, n° 3	Ordinaire	Mort
28	G... F. .	1 an	Rue de Narbonne, n° 5	—	—
28	G... M. .	28 mois	Rue d'Orléans, n° 51	—	—
			Février		
1	L... P. .	17 mois	Rue d'Orléans, n° 52	Ordinaire	Mort
2	P... M. .	3 ans 1/2	Rue de Barcelone, n° 4	—	—
2	B... C. .	16 mois	Rue Weimbrenner, n° 4	—	—
3	F... M. .	5 ans	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	—
4	P... G. .	7 mois	Rue Sédiman, n° 4	—	—
10	R... A. .	2 ans	Rue Léone, n° 7	—	—
11	G... J. .	3 ans	Rue de Barcelone, n° 14	Abcès fixat.	Guérison
12	L... F. .	4 ans	Rue d'Orléans, n° 49	—	—
14	P... P. .	4 ans	Rue de Tiaret, n° 4	Ordinaire	Mort
15	A... R. .	1 an	Rue d'Orléans, n° 22	—	—
18	M... O. .	18 mois	Rue de Rivoli, n° 3	Abcès fixat.	—
18	G... J. .	15 mois	Rue de Tiaret, n° 4	—	Guérison
18	D... M. .	2 ans	Rue de Tiaret, n° 1	—	—
18	R... A. .	15 mois	Rue Léone, n° 1	—	—
18	G... F. .	3 ans	Rue Pontéba, n° 7	—	—
20	E... A. .	15 mois	Rue de l'Arsenal, n° 66	—	Mort
21	L... G. .	15 mois	Rue de Médine, n° 9	Ordinaire	—
21	V... . .	3 ans	Rue de Barcelone, n° 11	Abcès fixat.	Guérison
24	S... G. .	10 mois	Rue de Barcelone, n° 14	Ordinaire	Mort
26	M... L. .	1 an	Rue Duquesne, n° 9	Abcès fixat.	Guérison
			Mars		
1	G... M. .	17 mois	Rue du Chameau, n° 3	Ordinaire	Mort
6	S... . .	8 mois	Rue du Chameau, n° 3	Abcès fixat.	Guérison
6	F... J. .	2 ans	Rue du Chameau, n° 3	—	—
7	A... . .	3 ans	Rue de l'Arsenal, n° 65	—	—
7	P... . .	2 ans	Rue Thuillier, n° 2	—	—
8	P... . .	18 mois	Rue Charras, n° 2	—	—

Si l'on veut bien se rapporter à ce tableau si suggestif, un premier fait doit d'abord attirer l'attention. Si nous subdivisons, en effet, ces 29 cas de broncho-pneumonie rubéolique en catégories, en prenant pour point de départ à la fois le mode de traitement et la terminaison, nous arrivons aux résultats suivants :

1° Broncho-pneumonies non traitées par la méthode Fochier et suivies de mort . . . . . 14 cas.

2° Broncho-pneumonies non traitées par la méthode Fochier et suivies de guérison . . . 0 —

3° Broncho-pneumonies traitées par la méthode Fochier et suivies de mort . . . . . 2 —

4° Broncho-pneumonies traitées par la méthode Fochier et suivies de guérison . . . . . 13 —

On ne peut s'empêcher d'être frappé en lisant ces chiffres ; toutefois, il est bon de faire remarquer que de pareilles constatations méritent quelques correctifs.

Si l'on s'en rapportait, en effet, strictement à ces résultats, on pourrait croire que nous voulons affirmer qu'en dehors de l'abcès de fixation il n'existe pas de thérapeutique curative de la broncho-pneumonie rubéolique ; en réalité, ce langage n'est pas l'expression exacte de notre pensée. Pour mettre les choses au point, il est nécessaire de rappeler les considérations ethnographiques que nous signalions au début de ce travail : la population de ces quartiers peu favorisés est composée presque exclusivement d'Espagnols récemment émigrés de leur pays d'origine, où ils occupaient dans l'échelle sociale un rang fort peu enviable, étant pour la plupart de très modestes cultivateurs, touchant des salaires dérisoires et possesseurs d'une mentalité des plus rudimentaires. Ces pauvres gens refusent obstinément, quand il s'agit de leurs enfants en bas âge, le bénéfice d'un traitement hospitalier ; peut-être sont-ils hantés par la crainte d'un décès en dehors du milieu familial ? Et faut-il considérer comme un excès de sensibilité, une conduite qui pourrait être

qualifiée plus sévèrement ? Toujours est-il qu'on doit faire entrer en ligne de compte cet état d'esprit et se résigner à accepter la situation qui en résulte, c'est-à dire, impossibilité absolue de donner aux petits malades atteints de broncho-pneumonie les soins hygiéniques nécesaires, tels que aération de la chambre, propreté de la literie, hygiène du corps, etc., impossibilité également d'utiliser la thérapeutique habituellement suivie, telle que la balnéation et les différentes méthodes stimulantes, dont l'efficacité est bien établie. Ces considérations admises, il nous est possible de donner aux chiffres que nous venons de citer, la véritable signification qui leur convient : ils signifient que, dans les conditions si particulières où se trouvaient les petits malades dont nous nous occupons, le seul traitement susceptible de donner des résultats dans la cure de la broncho-pneumonie rubéolique, s'est trouvé l'abcès de fixation de Fochier. Cette rectification était nécessaire pour limiter exactement la portée de nos conclusions.

Ces considérations générales étant terminées, nous allons maintenant, continuant le relevé des notes de M. le Docteur Molle, reproduire les observations des 15 cas de broncho-pneumonie rubéoliques traitées par ce praticien à l'aide de la méthode de Fochier ; nous nous bornerons à ces seules observations, laissant intentionnellement de côté celles des 14 autres cas qui, n'ayant pas bénéficié de l'établissement d'abcès de fixation, évoluèrent vers la mort. Nous ferons remarquer à ce propos, que ces derniers cas appartiennent presque tous, chronologiquement, aux premières semaines de l'épidémie, notre confrère ne s'étant décidé à utiliser la méthode de Fochier que plus tard et, apparemment, non sans quelque hésitation, car, ainsi qu'on a pu le voir dans l'exposé historique de la question, le traitement systématique de la broncho-pneumonie infantile par les injections d'essence de térébenthine n'est pas admis par tous les auteurs et,

en tout cas, il n'avait jamais été, jusqu'à ce jour, préconisé dans la broncho-pneumonie rubéolique.

Nous ferons observer, en outre, que, si l'on se rapporte aux longues considérations ethnographiques qui précèdent, les observations ont dû être forcément écourtées; il faut le dire, la grande majorité des petits malades suivis par M. le Docteur Molle appartenait à la classe indigente et, comme notre confrère ne présentait aucune situation officielle qui justifiât sa présence dans ces milieux, il ne lui a pas toujours été possible de suivre ses malades comme il l'aurait voulu, et de recueillir les matériaux de ses observations, avec tous les détails désirables. Mais, tels qu'ils sont, les documents qui vont suivre nous semblent présenter le plus haut intérêt : ils nous paraissent apporter avec eux la marque d'authenticité la plus absolue des chiffres si suggestifs qui ont été exposés plus haut. Comme on le verra, l'injection de térébenthine ne fut pratiquée que sur des malades présentant une température supérieure à 40°, et des signes stétoscopiques indéniables. Étant donné l'affollement suscité dans ces milieux par les nombreux décès d'enfants, il eût été facile d'exagérer la note et d'établir des abcès de fixation sur des rubéoliques peu gravement atteints, comme on pourra s'en rendre compte ; il n'ent fut pas ainsi.

OBSERVATION I

G... José, 3 ans ; domicile : rue de Barcelone, n° 4. Vu pour la première fois le 11 février, l'éruption datait de 8 jours ; la fièvre a persisté après le 5e jour, toux, agitation, température 40° 2. A l'auscultation, matité de toute la base *gauche*, avec exagération des vibrations thoraciques ; quelques râles fins. Dès le lendemain, l'état général étant aussi grave, on pratiqua une injec-

tion de 1/2cc d'essence de térébenthine sur la cuisse *gauche.*

Ce malade fut visité, de loin en loin, pendant trois semaines, au cours desquelles l'état général resta des plus mauvais ; l'injection de térébenthine n'avait donné lieu qu'à une réaction très atténuée, brusquement, 23 jours après l'injection se déclara de la tuméfaction, de la rougeur, et 8 jours après le pus était collecté ; entre temps, l'état s'améliorait comme par enchantement. Au 46e jour après l'injection, le petit malade était en pleine convalescence.

OBSERVATION II

L... Francisco, 4 ans, rue d'Orléans, n° 49. Vu pour la première fois le 12 février, il était au 5e jour de l'éruption ; température 40° 6. Matité, respiration soufflante, exagération des vibrations aux deux bases, état général très grave ; il fut procédé le même jour à l'injection de 3/4cc d'essence de térébenthine sur la cuisse *gauche ;* pendant 3 jours, l'état général resta très inquiétant, puis, léger abaissement thermique ; 15 jours après son injection, cet enfant put être transporté dans mon cabinet où un gros abcès fut incisé ; l'état général était très satisfaisant.

OBSERVATION III

G... José, 15 mois, rue de Tiaret, 4. Vu le 18 février, au 6e jour de l'exanthème ; température 40° 8 ; les 2/3 inférieurs du poumon *gauche* en arrière présentent du souffle et des râles crépitants ; état général très mauvais ; dyspnée, injection 1/2cc térébenthine, cuisse *gauche.* Vu 3 jours après, légère hyperthermie, persistance des signes pulmonaires.

Vu 22 jours après l'injection dans mon cabinet ; il fut procédé à l'incision d'un très gros abcès ; l'état général était des plus satisfaisants.

OBSERVATION IV

M... Olga, 18 mois, rue de Rivoli, n° 3. Vue le 18 février, au 4e jour de l'éruption rubéolique, température 40° 4, les 2 bases sont soufflantes avec matité, exagération des vibrations, râles fins ; l'état général est très mauvais ; il fut immédiatement procédé à l'injection de 1/2cc d'essence de térébenthine, cuisse *gauche*.

48 heures après, les parents de cet enfant vinrent me faire signer le certificat de décès.

OBSERVATION V

D... Maria, 2 ans, rue de Tiaret, n° 1. Vue le 18 février, au 8e jour de l'exanthème, température 40° 5, état général franchement mauvais ; cyanose, dyspnée, congestion dans toute l'étendue du poumon *droit ;* injection immédiate de 1/2cc essence de térébenthine, cuisse *droite*. Cette malade fut suivie assez régulièrement pendant une quinzaine de jours, elle présenta des alternatives de bien et de mal ; ce n'est qu'après ce laps de temps que l'abcès devint fluctuant ; au 25e jour, ouverture de l'abcès.

OBSERVATION VI

R... Albert, 15 mois, rue de Léone, n° 1. Vu pour la 1re fois le 18 février ; température 40° 8, dyspnée, face cyanosée ; matité tiers supérieur du sommet *droit ;* avec souffle bronchique, exagération des vibrations.

Injection immédiate de 1/2cc de térébenthine sur la cuisse *droite*. Ce malade me fut apporté dans mon cabinet exactement 14 jours après l'injection pour l'ouverture d'un gros abcès ; l'état s'était amélioré dès le 3e jour qui suivit l'injection.

OBSERVATION VII

G... Luis, 3 ans, rue Pontéba, n° 7. Vu pour la 1re fois le 18 février, également dypsnée et cyanose de la face,

température 40° 5, injection immédiate de 1/2cc térébenthine, cuisse *gauche ;* il existait obscurité et souffle bronchique à la base *gauche.* Ce malade fut visité assez régulièrement ; l'état général s'améliora dès le 3e jour qui suivit la piqûre ; ouverture de l'abcès, le 15e jour après l'injection.

OBSERVATION VIII

E... Alexandre, 15 mois, rue de l'Arsenal, n° 66. Vu pour la 1re fois le 19 février ; état général très grave ; injecté in extremis, meurt le lendemain.

OBSERVATION IX

V... Juan, 3 ans, rue de Barcelone, n° 11. Vu pour la première fois le 20 février ; état général très grave ; dyspnée ; température 40°3 ; souffle à la base *gauche,* bronchophonie, râles fins ; injection immédiate de 1/2cc térébenthine à la cuisse *gauche.* Ce malade fut suivi assez régulièrement ; la température tomba au 4e jour, après la piqûre ; les manifestations pulmonaires s'amendèrent progressivement. Ouverture de l'abcès le 12e jour après l'injection.

OBSERVATION X

M... Luis, 1 an, rue Duquesne, n° 9. Vu pour la première fois le 26 février ; température 40°6 ; base *droite* soufflante avec submatité ; état général mauvais ; injection 1/2cc essence de térébenthine cuisse *droite.* Cet enfant fut suivi très irrégulièrement ; défervescence fébrile seulement au 9e jour. Ouverture de l'abcès dans mon cabinet au 20e jour de la piqûre.

OBSERVATION XI

S... Andréa, 8 mois, rue du Chameau, n° 3. Vue pour la première fois le 6 mars au 4e jour de l'exanthème ;

température 39°9 ; dyspnée ; état général grave ; base *droite* soufflante ; injection immédiate 1/3cc térébenthine sur la cuisse *droite ;* défervescence au 5e jour de la piqûre. Ouverture de l'abcès au 15e jour.

OBSERVATION XII

F... Juan, 2 ans, rue du Chameau, n° 3. Vu le même jour que celui de l'observation précédente et dans le même immeuble, au 4e jour de l'éruption ; température 40° ; état dypsnéique ; la totalité du poumon *gauche* en arrière est submat, bronchophonie ; injection immédiate 1/2cc térébenthine ; défervescence au 5e jour, après la piqûre. Ouverture de l'abcès au 15e jour.

OBSERVATION XIII

A... Maria, 3 ans, rue de l'Arsenal, n° 65. Vue le 7 mars, au début de l'éruption rubéolique. L'état général est déjà si inquiétant, qu'on pratique une injection de 1/2cc de térébenthine sur la cuisse *gauche* sans qu'il fut possible de préciser quel territoire pulmonaire était plus spécialement envahi. Par la suite, l'état resta extrêmement grave pendant 15 jours avec poussées congestives pulmonaires multiples, hyperthermie constante. Au 15e jour seulement, l'abcès commença à devenir percepible ; ouverture au 30e jour seulement.

OBSERVATION XIV

P... Juana, 2 ans, rue Thuillier, n° 1. Vue pour la 1re fois le 7 mars, au 6e jour de l'éruption ; état général très grave ; température 40°5 ; hépatisation base *gauche ;* injection 1/2cc térébenthine cuisse *gauche ;* défervescence au 6e jour. Ouverture de l'abcès au 12e jour.

OBSERVATION XV

P... Francisco, 18 mois, rue Charras, n° 2. Vu pour la 1re fois le 8 mars ; état général très grave, 3e jour de l'éruption ; une injection 1/2cc térébenthine cuisse *gauche ;* pas d'hépatisation appréciable à ce moment ; mais les jours qui suivirent, la base *gauche* devint soufflante et présenta de la submatité et de l'exagération des vibrations ; au 8e jour seulement, défervescence. Ouverture de l'abcès au 8e jour.

Comme on le voit, il s'agissait là de malades observés, dans des conditions très particulières ; il était, en effet, pour ainsi dire, impossible de suivre complètement la marche de l'affection, et cependant les détails caractéristiques qui sont relevés permettent bien d'être fixé sur la nature exacte de la complication broncho-pulmonaire.

Tous les rougeoleux qui furent injectés à temps bénéficièrent largement de la méthode, alors qu'autour d'eux les décès se multipliaient. Nous n'insistons pas davantage pour le moment et nous passons à la description de la seconde épidémie.

b) Épidémie de mars-avril 1911

Comme on a pu s'en rendre compte au premier chapitre, cette épidémie fut moins importante que la précédente, tout au moins en ce qui concerne la mortalité. Mais au point de vue qui nous occupe, elle ne présente pas moins d'intérêt.

Nous allons d'abord reproduire, ainsi que nous l'avons fait tout à l'heure, un tableau d'ensemble des cas de broncho-pneumonie rubéolique observés par le Docteur Molle, sans distinction des cas traités ou non par la méthode de Fochier. Cette liste est dans l'ordre chronologique de l'observation ; elle est accompagnée pour chaque nom du mode de traitement et de la terminaison :

ableau des cas de broncho-pneumonie rubéolique observés par M. le Dr Molle en mars-avril 1911

	NOMS	AGE	ADRESSE	TRAITEMENT	TERMINAISON
			Mars		
	V... . .	2 ans	Rue de Pologne, n° 2	Abcès fixat.	Guérison
	S... A. .	3 ans	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	Mort
	D... L. .	2 ans	Rue de Barcelone, n° 14	—	Guérison
	F... F. .	10 mois	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	—
	A... . .	3 ans	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	—
	S... F. .	15 mois	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	—
	S... F. .	3 ans	Rue Weimbrenner, n° 6	Aucun	Mort
	H... . .	18 mois	Rue d'Alicante, n° 4	Abcès fixat.	Guérison
	P... J. .	16 mois	Rue Weimbrenner, n° 6	Aucun	Mort
	B... C. .	20 mois	Rue de la Fontaine, n° 4	—	—
			Avril		
	B... . .	18 mois	Place Isabelle	Abcès fixat.	Guérison
	D... . .	18 mois	Rue Duquesne, n° 8	—	—

Si nous groupons ces 12 cas de broncho-pneumonies en tenant compte des deux facteurs, mode de traitement et terminaison, nous trouvons :

1° Broncho-pneumonies non traitées par l'abcès de fixation et suivies de mort . . . . . 3 cas

2° Broncho-pneumonies non traitées par l'abcès de fixation et suivies de guérison. . . . . 0 —

3° Broncho-pneumonies traitées par l'abcès de fixation et suivies de guérison. . . . . 8 —

4° Broncho-pneumonies traitées par l'abcès de fixation et suivies de mort . . . . . 1 —

La proportion est aussi saisissante que pour l'autre épidémie, en faisant, comme de juste, les mêmes réserves que nous avons présentées dans le paragraphe précédent ; il est une particularité, toutefois, que nous

verrons spécifiée dans l'exposé des observations qui va suivre, c'est que le cas de broncho-pneumonie qui figure avec la terminaison par décès après avoir subi la méthode Fochier était une association de coqueluche et de rougeole.

Voici maintenant les observations que nous trouvons dans les notes de M. le Docteur Molle :

OBSERVATION XVI

V... Anna, 2 ans, rue de Pologne, n° 2. Cette fillette fut observée dès la période d'incubation de la rougeole ; elle présentait notamment de l'injection des conjonctives et le signe de Koplitz ; hyperthermie anormale 40°. Par la suite, l'éruption ne se déclara que 6 jours après le début de la période fébrile ; d'emblée, l'état général fut grave. La température oscille entre 39°5 et 40°5.

Le 20 mars, c'est-à-dire vers le 2e jour de l'éruption, on constate simplement : légère submatité base *gauche*, exagération des vibrations thoraciques ; il fut immédiatement procédé à une injection de 1/2cc térébenthine cuisse *gauche ;* l'état général resta fort grave pendant 8 jours. La température dépassant constamment 39°, on pratiqua également une longue série d'injection d'huile camphrée. Le 8e jour seulement qui suivit la piqûre, la température commença à descendre au-dessous de 39° ; l'abcès se collecta et fut ouvert le 15e jour après l'injection.

OBSERVATION XVII

S... Adèle, 3 ans, rue de la Montagne (Patio Solano) ; l'immeuble désigné ainsi du nom de son propriétaire, est un ensemble de maisonnettes à rez-de-chaussée, bâties avec des matériaux très rudimentaires et accrochées au flanc de la montagne, versant Nord, et par conséquent très mal ensoleillées pendant l'hiver. Pendant cette période de mars-avril 1911, les quelques familles domiciliées dans cet immeuble virent leurs

enfants atteints d'une double épidémie de rougeole et de coqueluche.

L'enfant dont l'observation est ici rapportée fut visitée pour la première fois le 14 mars ; elle était à ce moment au 5e jour de l'éruption ; dès lors, on constatait une hépatisation nette du tiers inférieur du poumon *droit* en arrière. Il fut procédé immédiatement à une injection de 1/2 cc de térébenthine sur la cuisse *droite ;* les jours qui suivirent, l'état général resta très grave et la situation se compliqua d'une coqueluche intercurrente ; l'abcès n'eut aucune tendance à la suppuration ; la la mort survint le 22 mars.

OBSERVATION XVIII

D... Luis, 2 ans, rue de Barcelone, n° 14. Vu pour la première fois le 17 mars, au 6e jour de l'exanthème ; température 40° 6 ; état général très grave ; hépatisation tiers inférieur base *gauche ;* injection 1/2 cc térébenthine cuisse *gauche ;* la défervescence eut lieu au 6e jour qui suivit l'injection. Ouverture de l'abcès au 18e jour.

OBSERVATION XIX

F... Francisco, 10 mois, rue de la Montagne (Patio Solano). Vu dès l'apparition de l'exanthème le 18 mars ; présenta au 3e jour une hyperthermie anormale ; dyspnée ; submatité base *gauche ;* injection 1/3 cc térébenthine cuisse *gauche ;* défervescence au 5e jour qui suivit l'injection. Ouverture de l'abcès au 15e jour.

OBSERVATION XX

A... Maria, 3 ans, rue de la Montagne (Patio Solano). Vue pour la première fois le 20 mars au 6e jour de l'éruption ; température 40° 2 ; hépatisation base *gauche ;* injection immédiate 1/2 cc térébenthine cuisse *gauche.* Malgré une coqueluche intercurrente, l'abcès évolua vers la suppuration et fut incisé au 15e jour.

OBSERVATION XXI

S... Francisca, 15 mois, rue de la Montagne (Patio Solano), sœur de l'enfant citée à l'observation XVII. Vue pour la première fois le 22 mars, au 1er jour de l'exanthème. Cette malade fut suivie quotidiennement et dès l'apparition d'une légère submatité à la base *gauche* avec hyperthermie dépassant 39,5, on pratiqua une injection de térébenthine, 1/3cc, à la cuisse *gauche*. Malgré une coqueluche intercurrente, l'abcès évolua rapidement vers la suppuration ; au 5e jour, défervescence. Ouverture de la collection le 12e jour.

OBSERVATION XXII

H... Francisca, 18 mois, rue d'Alicante, n° 4. Vue pour la première fois le 24 mars, au 6e jour de l'exanthème ; température 40° ; hépatisation de la base *gauche* ; immédiatement injection de 1/2cc térébenthine cuisse *gauche*. Cet enfant fut revu au 16e jour de la piqûre avec un gros abcès qui fut incisé.

OBSERVATION XXIII

B... Juana, 18 mois, place Isabelle, à proximité immédiate de la rue de la Montagne et du « Patio Solano ». Cet enfant appartenait à une famille de petits commerçants relativement aisés fixés par leurs affaires dans cette partie de la « Calère », particulièrement négligée par la voirie ; elle put être suivie plus assidûment que les autres petits malades.

Vue pour la première fois le 20 mars, il n'existait à ce moment aucune manifestation pouvant se rapporter à la rougeole, ni injection des conjonctives, ni signe de Koplitz. Pendant 8 jours, l'hyperthermie persistait et l'on songeait à un état grippal quelconque quand apparurent le larmoiement et le catarrhe nasal. Au 10e jour,

apparition de l'exanthème : on se trouvait à la date du 30 mars. La température était restée élevée dépassant parfois 40°. Au 3e jour de l'exanthème, c'est-à-dire vers le 2 avril, on constate de la submatité à la base *gauche ;* il fut procédé immédiatement à une injection de 1/2cc térébenthine cuisse *gauche ;* la température resta au-dessus de 39° les jours qui suivirent ; en même temps, le foyer pulmonaire gauche s'était manifestement aggravé, quand le 8 avril apparut un nouveau foyer à la base *droite* avec aggravation très nette de l'état général ; le 9 avril, 2e injection 1/2cc térébenthine cuisse *droite.*

Pendant les cinq jours qui suivirent, la petite malade dut être soutenue par des injections nombreuses d'huile camphrée, enveloppements humides, toniques variés ; les deux piqûres restaient indolores et sans réactions inflammatoires. Au 6e jour, après la 2e injection, c'est-à-dire au 15 avril, brusquement apparition simultanément aux deux foyers des piqûres, de tuméfaction, rougeur, chaleur ; le lendemain, déferves-cence marquée.

Les abcès furent incisés tous les deux le 1er mai, c'est-à-dire près d'un mois après la première injection.

OBSERVATION XXIV

D... Charles, 18 mois, 8, rue Duquesne. Vu pour la 1re fois le 2 avril, au 7e jour de l'exanthème ; état général fort grave ; dypnée ; température 40° 3 ; submatité aux deux bases. Il fut procédé sur l'heure à une injection 1/2cc térébenthine cuisse *gauche.* Cet enfant avait été perdu de vue ; quand il fut transporté dans le cabinet du Docteur Molle le 2 mai par ses parents, il était porteur d'un énorme abcès qui fut incisé. Ces pauvres gens expliquèrent que l'enfant était resté très gravement malade 7 à 8 jours encore après l'injection.

c) Épidémie de novembre-décembre 1912

Nous procèderons comme nous venons de le faire pour les deux épidémies qui précèdent.

Nous reproduirons tout d'abord un tableau d'ensemble des cas de broncho-pneumonies rubéoliques observés par M. le Docteur Molle, sans qu'il soit fait de distinction entre ceux qui purent être traités ou non par la méthode de Fochier ; la liste de ces cas est reproduite dans l'ordre chronologique, et nous spécifierons pour chaque nom, le mode de traitement et la terminaison.

Tableau des cas de broncho-pneumonie rubéolique observés par M. le Dr Molle en novembre-décembre 1912

DATE	NOMS	AGE	ADRESSE	TRAITEMENT	TERMINAISON
			Novembre		
27	L... R. .	11 mois	Boulevard Oudinot, n° 9	Abcès fixat.	Guérison
29	A... . .	10 mois	Rue de la Montagne (Patio Solano)	—	—
			Décembre		
8	P... . .	2 ans	Rue de Médine, n° 14	Abcès fixat.	Mort
9	J... . .	15 mois	Rue de l'Arsenal, n° 55	—	Guérison
15	C... L. .	22 mois	Rue d'Orléans, n° 24	Sans trait.	Mort
17	M... . .	18 mois	Rue Joinville, n° 3	Abcès fixat.	—
18	M.. J. .	2 ans 1 2	Rue Ménerville, n° 9	Sans trait.	—
—	G... . .	3 ans	Rue de Lodi, n° 4	Abcès fixat.	Guérison
20	L... M. .	21 mois	Rue de Lisbonne, n° 3	Sans trait.	Mort
26	F... . .	16 mois	Rue d'Orléans, n° 37	Abcès fixat.	Guérison
—	T... . .	13 mois	Rue Pontéba, n° 4	—	—
30	L... . .	16 mois	Rue de Barcelone, n° 6	—	—

Si nous groupons, ainsi que nous l'avons fait précédemment, ces 12 cas de broncho-pneumonie en tenant

compte des facteurs : mode de traitement et terminaison, nous trouvons :

1° Broncho-pneumonies non traitées par l'abcès de fixation et suivies de mort. . . . . 3 cas.

2° Broncho-pneumonies non traitées par l'abcès de fixation et suivies de guérison . . . 0 —

3° Broncho-pneumonies traitées par l'abcès de fixation et suivies de guérison . . . . . 7 —

4° Broncho-pneumonies traitées pur l'abcès de fixation et suivies de mort . . . . . 2 —

Le relevé des neuf observations qui vont suivre nous permettra d'apprécier les circonstances qui expliquent les deux cas d'insuccès : dans un premier cas (Observation XXVII), il s'agissait d'une broncho pneumonie compliquée d'accidents laryngés à forme croupale qui déterminèrent une mort presque subite ; dans un second cas (Observation XXIX), l'enfant, injecté à 7 heures du soir, mourut dans la nuit même. Ces explications données, on est en présence d'un résultat pour le moins aussi favorable que celui des épidémies précédentes.

Voici maintenant les observations qu'a bien voulu nous communiquer M. le Docteur Molle.

OBSERVATION XXV

L... Raphaël, 11 mois, boulevard Oudinot, n° 9. Vu pour la 1re fois le 26 novembre 1912, au 2e jour de l'exanthème ; hyperthermie notable, mais aucun signe de localisation pulmonaire. Le 1er décembre, au 7e jour de l'éruption, la température s'élève à 40° 2 ; on constate alors des phénomènes congestifs du sommet *droit*, dans la fosse sus-épineuse ; on pratique une injection de 1/3cc de térébenthine dans la cuisse *droite*. L'état général reste très grave pendant 4 jours, et l'on perçoit nettement du souffle dans le territoire pulmonaire suspect ; au 5e jour, deffervescence ; le 11, l'abcès s'est nettement collecté,

mais il est peu volumineux ; l'état général est très satisfaisant, l'état pulmonaire également. Le 27, l'enfant est revu en très bon état ; il s'est produit une résorption de la collection purulente ; il a donc été inutile de l'inciser.

OBSERVATION XXVI

A... Francisco, 10 mois, rue de la Montagne, « Patio Solano ». Vu le 29 novembre, au 3e jour de l'exanthème, température 40°8 ; l'état général est excessivement grave ; la base *droite* est très nettement soufflante ; on pratique immédiatement une injection de 1/3cc de térébenthine à la cuisse *droite*. Cet enfant me fut apporté dans mon cabinet le 12 décembre, en excellent état ; sa mère explique que la fièvre tomba 3 ou 4 jours après l'injection ; on incise un très gros abcès parfaitement collecté.

OBSERVATION XXVII

P... Alfonso, 2 ans, rue de Médine, n° 14. Vu pour la 1re fois le 5 décembre ; au 2e jour de l'éruption, température 40° ; mauvais état général. Toutefois, aucune localisation pulmonaire appréciable ; le 6 décembre, toujours aucun signe d'hépatisation, mais l'état général est tel, qu'on pratique une injection de 1/2cc térébenthine, cuisse *gauche*. Mort le 8 décembre, sans qu'on ait pu déceler de foyer pulmonaire à l'auscultation ; les dernières 24 heures l'enfant avait présenté du tirage avec toux croupale et aphonie. Ces accidents étaient vraisemblablement dus à une localisation laryngée grave de la rougeole, laquelle a sans doute influé sur la terminaison fatale.

OBSERVATION XXVIII

J... Jean, 15 mois, rue de l'Arsenal, n° 35. Vu pour la première fois le 9 décembre, au 2e jour de l'éruption ; l'auscultation ne fournit aucun renseignement ; l'état

général est pourtant très grave ; température 39° 5. Le 11 décembre, apparition de submatité et râles crépitants à la base *droite ;* il fut immédiatement procédé à une injection de 1/3cc térébenthine à la cuisse *droite ;* l'état général restait très inquiétant, lorsque le 16 décembre apparut un second foyer à la base *gauche.* On pratiqua une seconde injection de 1/2cc de térébenthine à la cuisse *gauche.*

Pendant les 3 jours qui suivirent, l'enfant est soutenu grâce à des injections d'huile camphrée à très forte dose (0,40 chaque jour). Au 20 décembre, les deux piqûres présentent simultanément de la rougeur et de l'inflammation ; la température descend brusquement à 38° 2 ; les jours suivants, l'état général s'améliore très sensiblement.

Le 28 décembre, l'enfant est revu en pleine convalescence, le second abcès seul est fluctuant et plus volumineux que le premier.

Le 4 janvier, ouverture d'un très volumineux abcès à la cuisse *gauche ;* à *droite,* il subsiste seulement une légère induration ; l'état général est parfait.

OBSERVATION XXIX

M... Raphaël, 15 mois, rue de Joinville, n° 3. Vu pour la première fois le 17 décembre, à 7 heures du soir, au 3e jour de l'exanthème ; l'état général est très grave : température 40° 3. Toutefois, l'auscultation ne révèle absolument aucun foyer pulmonaire appréciable ; malgré cette absence de signes locaux, on pratique une injection de 1/3cc de térébenthine à la cuisse *gauche.* L'enfant meurt dans la nuit, à 2 heures du matin.

OBSERVATION XXX

G... Luis, 2 ans 1/2, rue de Lodi, n° 4. Vu pour la première fois le 18 décembre, au 8e jour de l'exanthème ; cet enfant présentait à ce moment de la stomatite avec

plaques gangreneuses du voile du palais ; les jours suivants, l'état général restait inquiétant malgré le peu d'élévation de la température, 38° 2 et l'absence de localisation pulmonaire.

Le 20 décembre, on constate de la submatité à la base *gauche,* avec exagération des vibrations et confluence de râles fins ; on pratique aussitôt une injection de 1/2cc térébenthine à la cuisse *gauche.*

Les jours suivants, la température reste relativement basse, mais les phénomènes pulmonaires persistent et l'état général demeure inquiétant.

Le 24 décembre, apparition de rougeur et tuméfaction à niveau de la piqûre.

Le 26 décembre, il existe toujours une légère hyperthermie ; la collection est nettement fluctuante, les symptômes pulmonaires persistent, la base *gauche* est toujours mate avec respiration soufflante et râles crépitants.

Le 30 décembre, l'état général s'est amélioré ; la collection a tendance à se resorber et l'on ne pratiqua pas d'incision.

OBSERVATION XXXI

F..., Jeanne, 16 mois, 37, rue d'Orléans. Vue pour la première fois le 21 décembre à la période d'incubation de la rougeole ; dès ce moment, on constate une légère submatité et obscurité à la base *gauche.*

Le 22 décembre, l'exanthème s'est produit la veille au soir; l'état général n'est pas inquiétant, les phénomènes pulmonaires ne se sont pas aggravés.

Le 26 décembre, la défervescence escomptée ne se produit pas ; température 39° 2 ; la base *gauche* est nettement soufflante avec matité ; l'état général devient inquiétant. On pratique aussitôt une injection de 2/3 cc de térébenthine cuisse *gauche.*

Le 28 décembre, il s'est produit une énorme tuméfaction, mais la température a diminué ; l'enfant demande

à s'alimenter ; à l'auscultation, il persiste très nettement une bande soufflante à la base *gauche* avec exagération de vibrations.

Le 30 décembre, la tuméfaction de la cuisse s'est limitée, mais la fluctuation n'est pas établie, il persiste encore du souffle à la base *gauche ;* la température est toujours légèrement supérieure à la normale.

Le 4 janvier, la courbe thermique a fait ces trois derniers jours une ébauche de défervescence, mais depuis hier soir elle a repris sa marche ascendante ; l'auscultation décèle encore une zone soufflante de deux travers de doigt à la base *gauche*, et en outre un second foyer très limité à la base *droite ;* comme l'état général n'est pas très inquiétant, on surseoit à l'établissement d'un second abcès.

Le 6 janvier, la température est redevenue à peu près normale ; l'état pulmonaire est très amélioré ; le foyer *droit* tend à disparaître. Le traitement a surtout consisté en lavements de collargol et frictions biquotiennes avec une pommade également à base de collargol.

Le 8 janvier, persistance de l'amélioration, température normale ; il subsiste encore du souffle à la base *gauche,* mais le foyer droit est devenu normal ; l'abcès est nettement fluctuant.

OBSERVATION XXXII

T... Julio, 13 mois, rue Pontéba, n° 4. Vu pour la première fois le 26 décembre, au 6e jour de l'éruption ; l'état général est très mauvais, température 40° 2. On constate submatité à la base *gauche,* avec respiration soufflante. On pratique une injection de 2/3 cc térébenthine à la cuisse *gauche.*

Le 28 décembre, défervescence partielle, formation d'une tuméfaction considérable au niveau de la piqûre ; l'état général s'est amélioré, persistance des troubles pulmonaires.

Le 10 janvier, ouverture d'une grosse collection ; état général satisfaisant.

OBSERVATION XXXIII

L... Marcel, 2 ans, rue de Barcelone, nº 6. Cet enfant fut amené dans mon cabinet le 25 décembre en pleine diphtérie, cou proconsulaire, toux croupale, tirage et enfin pharynx tapissé de fausses membranes ; il fut pratiqué de suite une injection de 20cc de sérum antidiphtérique.

Le 26 décembre, l'enfant est ramené à mon domicile ; l'amélioration est si marquée que je juge inutile de pratiquer une seconde injection.

Le 30 décembre, appelé au domicile de ces pauvres gens, je trouve l'enfant en pleine exanthème rubéolique ; la mère m'explique que l'éruption date de trois jours environ ; que l'état de l'enfant ne lui avait inspiré cependant aucune inquiétude jusqu'à la veille, où il avait présenté une forte fièvre, de la dyspnée et une toux incessante. L'examen de la gorge permet de constater la disparition des fausses membranes, tandis que l'auscultation fait découvrir un foyer broncho-pulmonaire à la base *droite,* duquel sont certainement justiciables les phénomènes observés. Je pratique immédiatement une injection de 2/3cc de térébenthine, cuisse *droite.*

Le 4 janvier, la température est devenue normale, 37º8, mais il subsiste matité et obscurité à la base *droite ;* il s'est établi une collecton déjà fluctuante au niveau de la piqûre ; l'état général est très amélioré.

Le 8 janvier, abcès volumineux qui sera bientôt incisé ; l'état général est très satisfaisant.

Réflexions. — Il nous sera permis maintenant d'émettre quelques vues d'ensemble sur ces documents cliniques.

1º *Technique opérative, accidents*

A ce point de vue, nous constatons tout d'abord qu'une seule injection a suffi, la plupart du temps, à faire déclancher la réaction salutaire, avant coureur

de la défervescence fébrile. Deux cas seulement (Observations XXIII et XXVIII) nécessitèrent une seconde piqûre.

D'une façon générale, la quantité de térébenthine injectée fut celle indiquée par Montagnon, c'est-à-dire de 1/3 cc avant 1 an et de 1/2 cc entre 1 an et 5 ans. Toutefois, au cours de la 3e épidémie, M. le Docteur Molle se résolut à utiliser des doses légèrement supérieures (Observations XXXI, XXXII et XXXIII) et il n'eut qu'à s'en féliciter.

Les complications signalées par certains auteurs ne furent absolument pas observées ; malgré quelques réactions un peu violentes, jamais il n'y eut de décollements purulents, de manifestations gangreneuses ou de suppurations prolongées. A ce sujet, notre confrère nous a soumis une remarque judicieuse et qui peut expliquer, jusqu'à un certain point, les divergences d'opinion qui se sont produites entre les différents observateurs : D'après M. le Docteur Molle, il est vraisemblable que les réactions du tissu cellulaire sous-cutané et du revêtement cutané sont subordonnées à certaines susceptibilités individuelles ; les milieux où furent observées les épidémies ici relatées présentent, à n'en pas douter, au point de vue de la résistance et de la robustesse, des conditions exceptionnelles ; nous le répétons, les populations qui occupent en grande partie les bas quartiers d'Oran, et qui constituent une importante fraction de la classe ouvrière de la Cité, sont d'origine rurale : il s'agit de familles espagnoles récemment immigrées et qui, malgré leur état misérable, apportent avec elles de larges réserves de vitalité accumulées par des générations de travailleurs des champs ; la résistance constitutionnelle de ces descendants de ruraux n'a rien de commun avec celle de l'ouvrier des villes et, à plus forte raison, des citadins appartenant à la classe bourgeoise. La question se présente donc ainsi qu'il suit : il est possible, sans doute, qu'on observe parfois des complications qui

viennent contrindiquer la méthode de Fochier chez l'enfant, mais il n'est pas moins certain que, dans les milieux analogues à ceux où nous avons puisé nos observations, la crainte d'accidents ne doit même pas être envisagée devant les avantages de la méthode.

2° *Valeur pronostique*

Nous avons nettement observé que l'état général de nos petits malades ne s'était amélioré que lorsque les réactions inflammatoires s'étaient établies de façon indiscutable. M. le Docteur Molle nous a fait également remarquer que, pour que cette réaction conserve son caractère d'heureux pronostic, il était nécessaire qu'elle dépassât le premier stade de rougeur et d'infiltration et parvienne à la période de collection purulente. Certains praticiens ont nié la valeur pronostique de la méthode de Fochier, en faisant observer qu'ils avaient parfois assisté à des réactions inflammatoires très marquées chez des malades qui, malgré cela, succombèrent, alors que, chez d'autres qui guérirent, ils n'avaient obtenu que des réactions insignifiantes : or, il paraît vraisemblable que la réaction inflammatoire considérable signalée ne s'accompagnait pas de la formation d'une collection nettement fluctuante, et c'est probablement là que réside la cause de cette différence d'interprétation.

Sous bénéfice de ces observations, nous pouvons donc considérer la valeur pronostique de la méthode de Fochier comme parfaitement établie, en particulier tout au moins dans les affections broncho-pulmonaires de l'enfant.

3° *Valeur thérapeutique*

Si nous groupons dans une statistique générale les 33 observations que nous avons reproduites, nous trouvons que sur ces 33 enfants qui subirent l'injection de térébenthine au cours de leur broncho-pneumonie rubéolique, 5 seulement succombèrent ; parmi

ces 5 décès, nous voyons que : 1 cas était compliqué de coqueluche (Observation XVII), 1 cas de « croup morbilleux » (Observation XXVII), les 3 autres cas furent observés en quelque sorte in extremis et la mort survint au cours des premières heures qui suivirent l'intervention. Si nous nous reportons à la mortalité générale observée chez les enfants non traités par la méthode Fochier, on voit combien impressionnant sont de pareils résultats. Au cours de ces différentes épidémies, on a pu, en quelque sorte, assister à une véritable contre-épreuve analogue à celle que les expérimentateurs pratiquent dans leurs laboratoires, et les malheureux enfants qui ne purent être soumis au traitement de Fochier jouèrent le rôle des animaux témoins, complément indispensable de toute expérimentation pratiquée suivant les règles de l'art.

CONCLUSIONS

1° *Au point de vue épidémiologique*

Les trois épidémies de rougeole dont la relation vient d'être faite ont bien présenté, tant au point de vue de la morbidité que de la mortalité, une gravité exceptionnelle limitée aux bas quartiers d'Oran. La cause de cette redoutable prédilection nous semble résider essentiellement dans l'insuffisance de l'insolation de ces quartiers ; ils sont situés, en effet, sur le versant N.-E. des contreforts du Murdjadjo, et, pendant les mois d'hiver, le soleil est masqué par la montagne à partir de 1 heure du soir environ ; en conséquence, le sol de leurs rues, étroites pour la plupart, est totalement privé de rayons solaires, de telle sorte que les boues et les poussières y acquièrent une virulence exceptionnelle. En outre, les enfants n'ont à leur disposition, pour y prendre leurs ébats, aucun espace découvert où le soleil, pénétrant à flot pendant quelques heures de la journée, puisse assurer une stérilisation relative du sol ; ils sont donc obligés de rester confinés dans les ruelles malsaines où leurs vêtements s'imprègnent de substances septiques.

Il serait de toute nécessité de fournir à la population infantile de ces quartiers des places publiques complantées d'essences à *feuilles caduques ;* sur ces places, les enfants pourraient, durant la saison hivernale, se baigner, pour ainsi dire, dans la lumière solaire.

La dissémination des matières fécales et autres ordures dans les rues, étant un des facteurs de la septicité des particules terreuses, il serait, en outre, indiqué de prescrire l'application de mesures de police rigoureuses ; d'une part, ces mesures forceraient

les propriétaires d'immeubles à fournir à leurs locataires des lieux d'aisances propres et commodes, et, d'autre part, les habitants, enfants ou adultes, ne pourraient invoquer aucune excuse en cas de contravention avec les règlements généralement en vigueur.

2° *Au point de vue thérapeutique*

Nous croyons pouvoir affirmer que la Méthode de Fochier constitue une sorte de *traitement spécifique* des complications broncho pulmonaires de la rougeole; elle ne présente aucun inconvénient qui puisse la contrindiquer, tout au moins dans les milieux analogues à ceux qui ont été décrits au cours de ce travail. On ne saurait donc trop recommander au praticien de l'utiliser toutes les fois qu'il se trouvera dans des conditions pareilles à celles que nous avons signalées.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Brouardel et Gilbert. — *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique.* (Fasc. II, p. 207.)

[2] Molle. — A propos d'une épidémie de fièvre thyphoïde, presque exclusivement infantile, observée dans un quartier d'Oran. (*Congrès de Pédiatrie d'Alger,* avril 1907.)

[3] Fochier. — Traitement des infections pyogènes généralisées. (*Lyon médical,* 1891. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 1891. *Lyon médical,* 1892. *Lyon médical,* 1892. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 1892, p. 159.) — Communication à la Société Obstétricale de France. (In *Semaine médicale,* 1892, p. 164.)

[4] Voiturier. — Étude clinique des abcès de fixation dans l'infection puerpérale. (*Thèse de Lyon,* 1908-1909.)

[5] Lépine. — Sur une nouvelle méthode de traitement de la pneumonie en imminence de suppuration. (*Semaine médicale,* 1892, p. 77.)

[6] Bard. — Sur un cas de pneumonie traitée par la méthode des abcès de fixation. (*Lyon médical,* 17 avril 1892.)

[7] Mossé. — Du traitement de la pneumonie par les injections d'essence de térébenthine. (*Midi médical,* 1892.)

[8] Révillod. — *Revue médicale de la Suisse romande,* 1892.

[9] Carles. — Des abcès de fixation. (*Thèse de Bordeaux,* 1902-1903.) — Les abcès de fixation dans les maladies infectieuses. (*Revue générale, Progrès médical,* 20 mai 1911.)

[10] Arnozan. — Abcès de fixation. (*Journal de médecine de Bordeaux,* 1901.)

[11] Durot. — Traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par les abcès de fixation. (*Thèse de Lille,* 1907.)

[12] Déchaux. — Contribution à l'étude du traitement des broncho-pneumonies graves par les abcès de fixation. (*Thèse de Montpellier,* 1907.)

[13] Detscheff. — Valeur thérapeutique de l'abcès de fixation dans les maladies broncho-pulmonaires aiguës. (*Thèse de Lyon,* 1909.)

[14] Mlle Campana et Codet-Boisse. — Abcès de fixation chez les enfants. (*Semaine médicale*, 1904.)

[15] Lançon. — Traitement de la broncho-pneumonie infantile par les abcès de fixation. (*Thèse de Lyon*, 1911.)

[16] Montagnon. — L'abcès de fixation dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants du premier âge. (*Lyon médical*, 1910.)

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr Ardin-Delteil.

6 février 1913.

Vu :

Le Doyen,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 11 février 1913.

Le Recteur,

E. Ardaillon.